

Hélio Bento Maúngue

**A FACE FEMININA DO HIV E SIDA: UM ESTUDO SOBRE AS
EXPERIÊNCIAS DE MULHERES INFECTADAS PELO HIV NA
CIDADE DE MAPUTO, MOÇAMBIQUE.**

Dissertação submetida ao Programa de
Pós-Graduação em Sociologia Política
do Centro de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Federal de
Santa Catarina em cumprimento ao
requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Sociologia
Política.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Ignez
Silveira Paulilo

Florianópolis

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Maúngue, Hélio Bento

A face feminina do HIV e SIDA : Um estudo sobre as experiências de mulheres infectadas pelo HIV na Cidade de Maputo, Moçambique / Hélio Bento Maúngue ; orientadora, Maria Ignez Silveira Paulilo - Florianópolis, SC, 2015. 158 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política.

Inclui referências

1. Sociologia Política. 2. Feminização do HIV. 3. Vulnerabilidade social. 4. Relações de gênero e pobreza. 5. Cidade de Maputo, Moçambique. I. Paulilo, Maria Ignez Silveira. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. III. Título.



Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política

Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Campus Universitário - Trindade

Caixa Postal 476

Cep: 88040-900 - Florianópolis - SC - Brasil

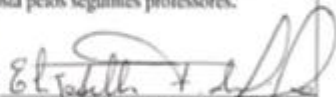
E-mail: ppgsp@cfh.ufsc.br

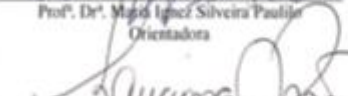
**"A FACE FEMININA DO HIV E SIDA: UM ESTUDO SOBRE
AS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES INFECTADAS PELO
HIV NA CIDADE DE MAPUTO, MOÇAMBIQUE."**

Hélio Bento Maúngue


Esta dissertação foi julgada e aprovada em sua forma final
pela Orientadora e pelos demais membros da Banca
Examinadora, composta pelos seguintes professores.


Prof. Dr. Marcos Ignês Silveira Paulillo
Orientadora


Prof. Dr. Elizabeth Farias da Silva
Membro


Prof. Dr. Luciana Patrícia Zacco
Membro


Prof. Dr. Fernando Hellmann
Membro


Prof. Dr. Yan de Souza Carneiro
Coordenador

FLORIANÓPOLIS, (SC) MARÇO DE 2015.

À minha noiva, Célia Marina Elias
Mabjaia

À minha família e irmãos,
especialmente ao “Docta” (*in
memoriam*)

e aos meus queridos pais e heróis (*in
memoriam*)

Bento Madala Maúngue e Mariamo
Ezequiel Simango

dedico esta dissertação.

AGRADECIMENTOS

A vida, por tudo de bom que me tem proporcionado.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria Ignez Silveira Paulilo por ter aceitado me orientar nesta aventura acadêmica. Por todo ensinamento transmitido em cada encontro que pude ter, quer no Núcleo de Estudos em Agricultura Familiar (NAF), quer nas orientações particulares. Pela paciência, dedicação, qualidade das observações e ensinamento durante a elaboração desta dissertação. A si, Professora, MUITO OBRIGADO.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSP/UFSC), pelos ensinamentos durante as aulas.

A turma do mestrado do PPGSP/UFSC do ano de 2014, foram bons os momentos juntos, quer nas salas de aulas, quer nas diversas situações fora do ambiente acadêmico.

As Professoras presentes na banca de qualificação, Luzinete Simões e Luciana Zucco, pelas observações, comentários e sugestões para dar seguimento ao projeto de dissertação.

A secretaria do PPGSP/UFSC, Albertina e Fátima, muito obrigada pela atenção e satisfação das minhas preocupações sempre que me aproximava a vocês.

Ao pessoal do NAF, Valdete, Kleber, Karol (René), Flávia (Gaudêncio) e Fábio (Josiana) foi bom vos conhecer e poder participar deste núcleo. Obrigado pela atenção e carinho que tiveram comigo.

A comunidade moçambicana em Florianópolis, vocês me fizeram sentir em casa (Moçambique) sempre que estivemos juntos e partilhamos bons momentos, KHANIMAMBO.

Em especial à minha família por acreditarem em mim, TITISSA MAÚNGUE.

A minha noiva, Célia Mariana Elias Mabjaia, pela companhia, força, carinho, amizade, confiança, paciência, amor e acima de tudo pelo incentivo para estudar, TE AMO.

À Universidade Eduardo Mondlane/Centro de Estudos Africanos (UEM/CEA), pelo incentivo e a oportunidade de poder continuar com os estudos.

Ao Fórum Mulher e Associação Hixikanwe, pelo apoio para fazer a pesquisa de campo. Especialmente a todas as mulheres que aceitaram partilhar comigo as suas experiências com doença, ESTAMOS JUNTOS.

Ao governo brasileiro e ao Ministério da Ciência e Tecnologia de Moçambique, por meio do edital CNPq/MCT-MZ-2012, que me proporcionaram a bolsa de estudos.

RESUMO

O presente trabalho apresenta e discute as experiências cotidianas que 20 mulheres pobres e infetadas pelo vírus do HIV residentes na cidade de Maputo, têm. Procura entender como elas estruturam o seu cotidiano no contexto das relações sociais que estabelecem. A pesquisa de campo se baseia em entrevistas grupais e individuais, acompanhadas, antes e depois, de uma revisão da literatura. A proposta é colocar em comunicação questões de gênero e outras questões socioculturais em contato com o campo da saúde. Estas mulheres experimentam um cotidiano marcado por obstáculos, desafios e enfrentamentos como parte da face feminizada do HIV e SIDA. Elas lidam com diferentes manifestações de vulnerabilidade antes e pós-infecção, onde as relações de gênero e as práticas culturais e tradicionais contribuem para a feminização do cenário da soroprevalência. As questões de gênero, as práticas culturais e tradicionais não as tornam diferentes de outras mulheres, mas o estado sorológico torna tudo mais esforçado no cotidiano das mesmas. O fato de serem mulheres pobres e dependentes economicamente são também obstáculos com que elas lidam. Essas questões influenciam no processo de infecção e de experiência com a doença. O cotidiano das mulheres demonstra que o HIV ainda é uma doença clandestina. Elas vivem momentos de estigma, discriminação, segregação e preconceito que fazem com que omitam seu estado sorológico. Para elas viver e conviver com mulheres infetadas são formas de reorganizar e dar um novo sentido a vida. A pesquisa reforça a ideia de que o HIV e SIDA não deve ser encarado como uma fatalidade inevitável, mas que existem questões e determinantes sociais fortemente integradas no processo saúde-doença-cuidado.

Palavras-chave: Feminização do HIV. Vulnerabilidade social. Relações de gênero. Pobreza.

ABSTRACT

This work presents and discusses the everyday life experiences of 20 women, poor and HIV+ from Maputo city. It seeks to understand how they structure their daily lives in the context of social relations. The field research is based on group and individual interviews, followed by, before and after, a literature review. The proposal is put on communication issues of gender and other socio-cultural issues in relation with the health field. These women experience an everyday life marked by obstacles, challenges and confrontations as part of the feminized face of HIV/AIDS. They deal with different manifestations of vulnerability before and after infection, where gender relations and cultural and traditional practices contribute to the feminization of the seroprevalence scenario. Gender issues, and the cultural, and traditional practices doesn't make them different from other women, but their HIV status makes it more struggling in their daily life. The fact that they are poor and economically dependent are also obstacles which they deal with. These issues influence on the process of infection and experience with the disease. The daily lives of women demonstrates that HIV still as a clandestine disease. They live moments of stigma, discrimination, segregation and prejudice that make omit their HIV status. For them live and be with infected women are ways to reorganize and give new meaning to life. The research reinforces the idea that HIV and AIDS should not be seen as an inevitable fate, but that there are social issues and determinants strongly integrated into the health-disease-care process.

Keywords: Feminization of HIV. Social vulnerability. Gender relations. Poverty.

LISTA DE IMAGENS

| | |
|--|-----|
| Imagem 1 – Algumas cestas básicas e mulheres passando uma refeição oferecida pela AH..... | 115 |
|--|-----|

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Mapa de Moçambique..... | 40 |
| Figura 2 – Índices de pobreza por províncias em Moçambique..... | 46 |
| Figura 3 – Mapa da Província de Maputo..... | 50 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 – Pessoas vivendo com HIV na África Subsaariana..... | 20 |
| Gráfico 2 – Novas infecções pelo HIV na África Subsaariana de acordo com o sexo e idade, 2013..... | 21 |
| Gráfico 3: Prevalência em ambos sexos de acordo com coabitação ou não com o parceiro (a) na África Subsaariana..... | 22 |
| Gráfico 4: Evolução da infecção por HIV por regiões em Moçambique desde 1988 a 2014..... | 26 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Resumo dos dados demográficos para os anos 2007 e 2011..... | 44 |
| Quadro 2 – Dados demográficos resumidos da Cidade de Maputo..... | 51 |
| Quadro 3 – Percentagem de homens e mulheres nos órgãos de poder e de tomada de decisão (2003-2010)..... | 67 |
| Quadro 4 – Perfil das mulheres sujeitos de pesquisa..... | 83 |

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AF – Agregados Familiares
AH – Associação Hixikanwe
AIDS – Acquired immunodeficiency Syndrome
AGP – Acordo Geral de Paz
AMODEFA – Associação Moçambicana para Desenvolvimento da Família
ASDI – Agência Sueca de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
ATV – Aconselhamento e Testes Voluntários
BM – Banco Mundial
CD4 – Carga Viral / Contagem de CD4 (grau de infecção por HIV)
CCS – Centro de Coordenação da SIDA
CIPA – Comunicação Interpessoal e Aconselhamento
CAA – Centro de Alfabetização de Adultos
CEA – Centro de Estudos Africanos
CEP – Centro de Estudos de População
CEDAW – The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women/Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra Mulheres
CM – Conselho de Ministros
CMM – Conselho Municipal de Maputo
CNCS – Conselho Nacional de Combate ao SIDA
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DTS – Doença de Transmissão Sexual
DUAT – Direito de Uso e Aproveitamento da Terra
FMI – Fundo Monetário Internacional
FNUAP – Fundação das Nações Unidas para a População
FRELIMO – Frente de Libertação de Moçambique
GEMT – Gabinete de Estudos da Medicina Tradicional
GM – Governo de Moçambique
GARPR – Global AIDS Response Progress Reporting/Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV/SIDA
HAART – Highly Active Anti-Retroviral Therapy
HDD – Hospital de Dia
HIV – Human immunodeficiency virus
IDG – Índice de Desigualdade de Género
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Instituto Nacional de Saúde
INSIDA – Inquérito Nacional de Vigilância, Comportamento e Informação
IOF – Inquérito Nacional aos Orçamentos Familiares
IPM – Índice de Pobreza Multidimensional
ITS – Infecções de Transmissão Sexual
LALN – Luta Armada de Libertação Nacional
MCT – Ministério da Ciência e Tecnologia
MINED – Ministério da Educação
MINAG – Ministério da Agricultura
MISAU – Ministério da Saúde
MPD – Ministério da Planificação e Desenvolvimento
MONASO – Mozambican Network of AIDS Service Organizations/
Rede Moçambicana de Organizações contra a SIDA
MULEIDE – Mulher, Lei e Desenvolvimento
NAF – Núcleo de Estudos em Agricultura Familiar
OCB – Organizações Comunitárias de Base
OE – Orçamento de Estado
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milénio
OMM – Organização da Mulher Moçambicana
OMS/WHO – Organização Mundial da Saúde/World Health Organization
ONG – Organização não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OSC – Organizações da Sociedade Civil
PEN – Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA
PF – Planejamento Familiar
PIB – Produto Interno Bruto
PMA – Programa Mundial da Alimentação
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPGSP – Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política
PRE – Programa de Reabilitação Econômica
PRN – Programa de Reabilitação Nutricional
PSI – Population Service International
PVHS – Pessoas vivendo com HIV/SIDA
RGPH – Recenseamento Geral da População e Habitação
RENAMO – Resistência Nacional Moçambicana
SAT – Southern Africa AIDS Trust
SADC – Southern Africa Development Community/Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
SAAJ – Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNE – Sistema Nacional de Educação
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SETSAN – Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional
RVE – Rondas de Vigilância Epidemiológica
TARV – Tratamento Antirretroviral
TB – Tuberculose
VHI – Vírus de Imunodeficiência Humana
UEM – Universidade Eduardo Mondlane
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNAIDS – United Nations Programme on HIV/AIDS
US – Unidade Sanitária
UNGASS – Declaração de Compromisso da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA
USAID – Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos
UTAS – Unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde
WLSA – Women and Law in Southern Africa / As Mulheres e a Lei na África Austral

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 17 |
| 1.1 | PROBLEMÁTICA | 19 |
| 1.1.1 | A prevalência do HIV e SIDA no mundo, na África Subsaariana, em Moçambique e sua face feminina. | 19 |
| 1.1.1.1 | HIV e SIDA no Mundo e África Subsaariana | 19 |
| 1.1.1.2 | HIV e SIDA em Moçambique e na Cidade de Maputo | 23 |
| 1.2 | JUSTIFICATIVA | 29 |
| 1.3 | OBJETIVOS | 31 |
| 1.3.1 | Objetivo geral: | 31 |
| 1.3.2 | Objetivos específicos: | 31 |
| 1.4 | METODOLOGIA E TRABALHO DE CAMPO | 31 |
| 1.4.1 | Estrutura do trabalho | 36 |
| | CAPÍTULO I | 38 |
| 2 | MOÇAMBIQUE E CIDADE DE MAPUTO: uma breve contextualização. | 38 |
| 2.1 | Moçambique: Socializando a pérola do índico | 38 |
| 2.1.1 | Aspectos geográficos | 38 |
| 2.1.2 | Aspectos históricos e políticos recentes | 38 |
| 2.1.3 | Aspectos demográficos (dinâmica populacional) | 42 |
| 2.1.4 | Aspectos econômicos e sociais | 45 |
| 2.2 | BREVE PERFIL DA CIDADE DE MAPUTO: Socializando a cidade das Acácias | 49 |
| | CAPÍTULO II | 55 |
| 3 | SER MULHER EM MOÇAMBIQUE: São elas atoras do seu destino ou tem o destino traçado por outros? | 55 |
| 3.1.1 | Como a cultura e tradição traçam o destino das mulheres moçambicanas | 56 |
| 3.1.2 | Mulher moçambicana: educação, emprego e participação em órgãos de decisão | 63 |
| 3.2 | GÊNERO E SAÚDE COMO REFERENCIAL DE ANÁLISE: gênero, vulnerabilidade e feminização em tempos de HIV, categorias que se comunicam | 68 |
| 3.2.1 | Gênero | 70 |
| 3.2.2 | Vulnerabilidade | 75 |
| 3.2.3 | Feminização do HIV | 78 |
| | CAPÍTULO III | 81 |
| 4 | APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .. | 81 |
| 4.1 | As mulheres enquanto sujeitos de pesquisa | 83 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 4.2 | O TARV da vida..... | 91 |
| 4.3 | Entre o silêncio e a revelação do estado sorológico | 103 |
| 4.4 | AH: solução, fuga ou convivência positiva | 113 |
| 4.5 | E a vida continua | 121 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 127 |
| | REFERÊNCIAS | 133 |
| | APÊNDICE | 144 |
| | APÊNDICE A – Linha do tempo sobre HIV e SIDA em Moçambique | 144 |
| | APÊNDICE B – Termo de doação de entrevista oral | 154 |
| | APÊNDICE C – Roteiro de história de vida/grupos focais .. | 155 |

1 INTRODUÇÃO

Desde que foram registados os primeiros casos de infecção pelo HIV e SIDA no mundo, no início da década 1980, com passar do tempo e a mundialização da epidemia, ela passou a ser preocupação global. Nos primeiros momentos, ela constituiu uma preocupação na perspectiva biomédica e, relacionado a isso, uma preocupação dos governos. Em questões científicas e académicas, depois da atenção das ciências biomédicas, a epidemia despertou o interesse de outras áreas de conhecimento como as Ciências Sociais e Humanas e outras, passando a ser tratada, em termos científico e académico por Guimarães (2011), como um *fenômeno social total*, ou seja, um sistema simbólico de construção coletiva que se encarna em uma experiência individual concreta.

Passadas três décadas, esta epidemia continua sendo um dos maiores desafios do mundo. No entanto, assistem-se atualmente tentativas de reduzir o número de novas infecções pelo vírus do HIV. Por este fato, a onda de solidariedade mundial em resposta ao enfrentamento desta epidemia, segundo a United Nations Programme on HIV/AIDS (2012), vem gerando ganhos nas perspectivas biomédica e social. Contudo, mesmo sendo uma epidemia global, ela têm marcas diferentes, contextos diferentes e é atravessada por diferentes experiências de acordo com as questões políticas, sociais, econômicas de cada realidade social.

Na medida em que a infecção pelo HIV vem aumentando no globo, e as comunidades e sociedades afetadas têm se empenhado no seu enfrentamento, de acordo com Parker (2000), se vislumbra que a epidemia afetou e tem afetado as nossas maneiras de viver e pensar. A doença passou, então, a estruturar e organizar o *mundo da vida* das pessoas direta e indiretamente infetadas e afetadas pela epidemia, ou seja, desencadeou-se uma nova configuração nas nossas formas de ser e estar, quer seja local, quer seja globalmente.

Nesse processo de configuração das maneiras de viver e pensar, das formas de ser e estar, o cenário mais impactante é sem dúvida aquele que ocorre com a pessoa infetada. Diante deste fato, em que os modos de vida das pessoas infetadas pelo HIV podem se alterar, procuramos neste estudo abordar as mudanças nas formas de estar na sociedade que a condição de soropositivo proporciona num grupo de mulheres infetadas pelo HIV na Cidade de Maputo, em Moçambique. Queremos destacar que o diagnóstico positivo nessas mulheres gera transformações

nas suas vidas, na relação com elas mesmas (suas subjetividades) e nas diversas relações sociais que estabelecem com os outros pertencentes aos contextos em que vivem. Para tal, nosso esforço foi, através do contato com essas mulheres, olhar para o mundo delas, compreender e interpretá-lo tendo em conta as suas percepções e práticas para, depois, enquadrá-las num plano de escolhas e comportamentos sociais.

Procuramos apreender como é que essas mulheres constroem e interpretam a realidade que a condição de soropositivas lhes impõe, partindo do pressuposto que elas têm interpretações distintas dessa realidade, fruto de subjetividades igualmente distintas, mas que, no entanto, são reflexo de uma relação e interação com a sociedade no geral. Isto é, ao tomarmos as experiências cotidianas dessas mulheres, assumimos que estamos dialogando com a sociedade em que este fenômeno, o HIV e SIDA, é parte presente. Neste sentido, vamos estudar uma realidade específica, que é desse pequeno grupo de mulheres, o que não quer dizer que sejam situações distantes das que ocorrem com outras mulheres na cidade de Maputo, em Moçambique, em África e no resto do mundo.

Assim, a pretensão deste trabalho não é “desmistificar” ou questionar a feminização do HIV e SIDA em Moçambique, porque já é um fato na atualidade. A ideia é, com base nas experiências cotidianas das mulheres entrevistadas, apresentar e compreender como as relações de gênero influenciam e fazem parte da dinâmica da doença, bem como que as questões de gênero devem ser consideradas no processo de prevenção e enfrentamento dos impactos e consequências da doença.

Nos parágrafos que se seguem vamos procurar fazer uma contextualização do nosso estudo, demonstrando as diferentes facetas e manifestações no mundo, na África e em Moçambique, da epidemia do HIV e SIDA.

1.1 PROBLEMÁTICA

1.1.1 A prevalência do HIV e SIDA no mundo, na África Subsaariana, em Moçambique e sua face feminina.

1.1.1.1 HIV e SIDA no Mundo e África Subsaariana

O HIV e SIDA é uma epidemia mundial, mas tem suas especificidades históricas e sociais que variam, de acordo com os contextos, países e continentes, onde os índices de infecção, o comportamento epidemiológico e os impactos nos indivíduos são, também, diferenciados. No entanto, os dados mundiais mostram que a epidemia vem crescendo desde 1981, quando foi reconhecida como a epidemia mais grave da história recente da humanidade.

De acordo com o último relatório global da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre a prevalência do HIV e SIDA no mundo, o índice de soroprevalência calculada para 2012 era de que cerca de 35.5 milhões de pessoas vivia com HIV, mostrando que a epidemia aumentou, pois houve um incremento em relação ao ano de 2011, quando eram 30.4 milhões de infetados, de acordo com a United Nations Programme on HIV/AIDS (2012). Em 2012 mais pessoas estariam a receber o Tratamento Antirretroviral (TARV) e haveria, globalmente, cerca de 2.3 milhões de novas infeções, mostrando um declínio comparativamente ao ano 2001, onde esse número foi de 3.4 milhões. Ao mesmo tempo, o número de mortes por SIDA baixou para 1.6 milhões em 2012, comparativamente aos 2.3 milhões em 2005, indica a United Nations Programme on HIV/AIDS (2013).

A África Subsaariana¹, concretamente a África Austral, região de onde Moçambique é parte integrante, continua sendo a região do mundo mais infetada e afetada pela epidemia do HIV. De acordo com a United Nations Programme on HIV/AIDS (2014), em finais de 2013 estimava-se que 24.7 milhões de pessoas estava vivendo com HIV na região, representando aproximadamente 71%² da prevalência no mundo todo. Num total de 10 países – Etiópia, Quênia, Malawi, **Moçambique**, Nigéria, África do Sul, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué – contabiliza-se 81% de todas as pessoas vivendo com HIV

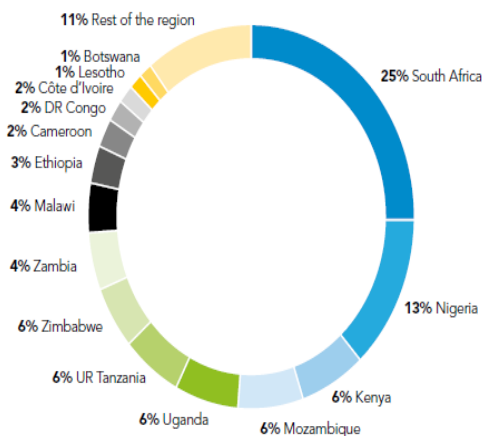
¹ Região do continente africano que se encontra abaixo do Deserto do Saara, também chamada de África Negra, totalizando 47 países.

² Em 2011 representava em 69%, como indica a United Nations Programme on HIV/AIDS (2012).

na região. Os países com maior índice de infecção são Nigéria e África do Sul, respectivamente. No gráfico seguinte apresentamos a distribuição em percentagem das pessoas vivendo com HIV na região da África Subsaariana.

Gráfico 1: Pessoas vivendo com HIV na África Subsaariana.

People living with HIV in sub-Saharan Africa, 2013



Fonte: United Nations Programme on HIV/AIDS (2014).

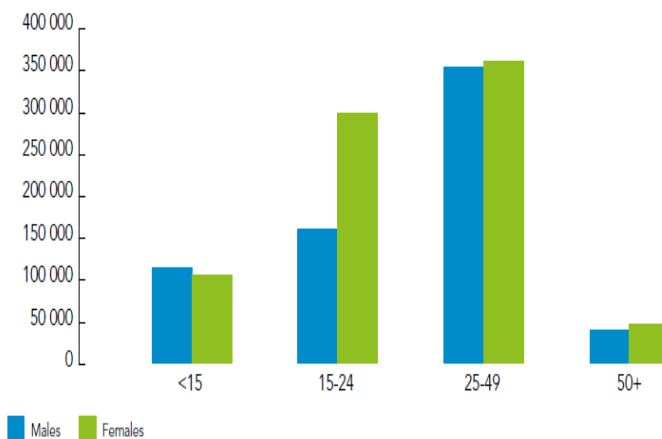
No mundo inteiro, as mulheres correspondem a 52% de todas as pessoas vivendo com HIV em países de renda baixa e média e os homens, 48%. No entanto, na África Subsaariana, o centro da epidemia global, as mulheres representam aproximadamente 57% de todas as pessoas adultas vivendo com HIV (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2013; Id., 2014), quer tenham ou não parceiro com quem estejam a coabitar, enfatizam Pullum e Staveteig (2013).

No gráfico que se segue, podemos ver a distribuição por idade e sexo de novas infecções na África Subsaariana e podemos constatar que as mulheres representam o grupo que mais se infeta pela epidemia. Fato este que tem sido uma das faces que a epidemia tem apresentado desde o relatório mundial lançado em 2004, que já atestava uma feminização da

epidemia e que as mulheres eram o segmento da população infetada que experimentava níveis mais elevados de estigma e discriminação (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2004), e este cenário tem mostrado sinais de estar se agravando. Isto é, mesmo depois de tantos anos passados, o HIV e SIDA continua sendo uma epidemia que provoca ainda o estigma e preconceito e, com isso, o silêncio e a omissão do estado sorológico por parte da pessoa infetada, como iremos ver mais adiante nos nossos resultados.

Gráfico 2: Novas infecções pelo HIV na África Subsaariana de acordo com o sexo e idade, 2013.

New HIV infections in sub-Saharan Africa, by age and sex, 2013

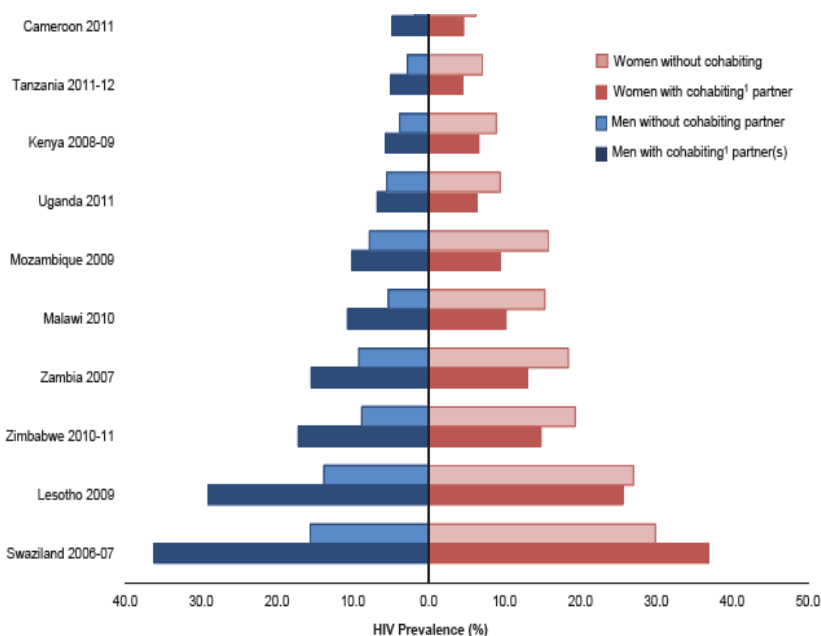


Fonte: United Nations Programme on HIV/AIDS (2014).

Um aspecto marcante e decorrente do fato de que o HIV e SIDA, nos últimos anos, ter uma face feminina tem consequências variáveis de acordo Pullum e Staveteig (2013). Essa tendência variável está na possibilidade diferenciada de infecção se a mulher tem uma relação estável ou não, embora ela seja mais infetada que o homem independentemente se coabita ou não com um parceiro. O gráfico seguinte mostra que, na África Subsaariana, a prevalência tem a

tendência de ser um pouco menor em homens sem parceira com quem coabita e, relativamente, maior em mulheres sem parceiro com quem coabita. Contudo, no que se refere a Moçambique a prevalência, na população adulta, é maior em mulheres de relações onde os parceiros não coabitam, bem como maior para homens com parceiras com quem coabitam.

Gráfico 3: Prevalência em ambos sexos de acordo com coabitação ou não com o parceiro (a) na África Subsaariana.



Fonte: Pullum e Staveteig (2013).

Nesta parte do mundo, as desigualdades de gênero e normas nocivas³ de relacionamento entre mulheres e homens, que promovem sexo inseguro e reduzido acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, continuam contribuindo para a vulnerabilidade relacionada com o HIV por parte das mulheres. Adicionalmente, a sua condição biológica diante da infecção pelo HIV, as desvantagens sociais, legais e

³ Mais adiante apontaremos algumas normas culturais e tradicionais que são nocivas e discriminatórias para as mulheres.

econômicas que elas enfrentam reduzem a capacidade das mesmas de se protegerem contra essa infecção e diminui o acesso aos serviços básicos em saúde sexual reprodutiva, destaca a United Nations Programme on HIV/AIDS (2014). Estes fardos que essas mulheres acabam carregando, principalmente depois de infetadas, espelham as situações de violências que elas são sujeitas no seu mundo da vida, sem esquecer o desigual acesso à educação e ao emprego. Fatos esses que fazem com que haja necessidade de mais foco nas questões de gênero no que diz respeito às manifestações do HIV na sociedade, bem como os fatores socioculturais que fazem com que as mulheres da África Subsaariana sejam tão vulneráveis à infecção pelo vírus.

1.1.1.2 HIV e SIDA em Moçambique e na Cidade de Maputo

De acordo com Agha (2012) e Cau (2014), Moçambique é um dos países do mundo seriamente afetados pelo HIV e SIDA, fazendo parte do *ranking* dos 10 países mais infetados (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE AO SIDA, 2014; UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014). No entanto, desde que o primeiro caso de HIV foi diagnosticado em 1986 e apesar da situação de guerra finalmente terminada com o Acordo Geral de Paz (AGP), em outubro de 1992, o país vem criando condições de enfrentamento da epidemia⁴. Em agosto de 1986 já havia sido criada a primeira instituição governamental responsável pela coordenação da resposta nacional contra a epidemia, denominada Comissão Nacional da SIDA, seguindo orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (CONSELHO DE MINISTROS, 2010).

No entanto, de acordo com Conselho de Ministros (2010, p. ix, grifo nosso):

Moçambique vive um ambiente de epidemia do HIV severa. Atualmente, 15% de mulheres grávidas entre os 15 e 49 anos de idade vivem com o vírus causador da SIDA. A epidemia tem um carácter heterogêneo em termos geográficos, sócios demográficos e socioeconômicos:

⁴ A linha de tempo sobre o HIV e SIDA em Moçambique (APÊNDICE A) aponta algumas das ações que se desencadearam desde 1986 até os dias de hoje. Com a mesma é possível observar as principais ações nacionais e internacionais para enfrentamento da epidemia que o país adotou. Com ela, é possível ver, igualmente, que o cometimento político é antigo, mas os resultados não correspondem a essas ações.

mulheres, residentes urbanos, pessoas residindo nas regiões **sul** e centro são mais afetadas pelo HIV e SIDA. A **principal via de transmissão continua a ser heterossexual**⁵ em cerca de 90% dos casos em adultos. Entre os principais fatores impulsionadores da epidemia destacam-se os parceiros sexuais múltiplos e concomitantes; baixos níveis de utilização do preservativo; alta mobilidade e migração associada à elevada vulnerabilidade; prática de relações sexuais entre pessoas de gerações diferentes⁶; relações transacionais; **desigualdade de gênero e violência sexual**; e níveis baixos de circuncisão masculina.

De acordo com os dados do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA (INSIDA) em Moçambique 2009, a prevalência nacional do HIV era de 11.5% entre adultos⁷, sendo mais acentuada nas mulheres (13.1%) do que nos homens (9.2%). A prevalência é mais elevada nas áreas urbanas (15.9%) do que nas áreas rurais (9.2%). O INSIDA revela igualmente que a prevalência é mais elevada em indivíduos com nível de escolaridade mais alto e naqueles que vivem em agregados de nível econômico mais elevado. Isto é, a prevalência de HIV está igualmente associada ao quintil⁸ de riqueza, onde 6% de adultos que vivem em agregados de quintil de riqueza mais baixo estão infetados pelo HIV,

⁵ As outras vias de transmissão com menor impacto são a transmissão vertical, as transfusões de sangue e utilização de drogas injetáveis (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICF MACRO, 2010).

⁶ Relações entre gerações diferentes são aquelas que envolvem homens mais velhos com mulheres mais novas, bem como mulheres mais velhas com homens mais novos.

⁷ Segundo as estimativas da a United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) para o ano de 2012 a percentagem era de 11.1 milhões. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique/> acessado em 30/07/2014 as 02h00min AM.

⁸ Escalonamento usado para situar as pessoas ou famílias em escalas de riqueza, nomeadamente 1) Mais baixo; 2) Baixo; 3) Médio; 4) Elevado e 5) Mais elevado (MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICFI, 2013).

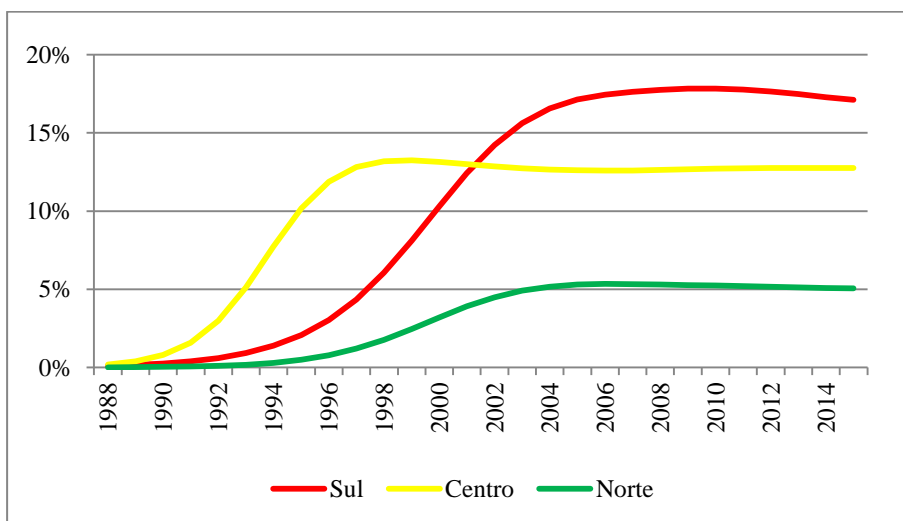
comparativamente 17.4% dos indivíduos do quintil de riqueza mais elevado. O mesmo acontece com o nível de escolaridade, na medida em que a infecção é menor (9.8%) nas mulheres sem qualquer nível de escolaridade contra 15% nas mulheres de nível secundário⁹ e superior, o mesmo acontece com os homens onde a prevalência varia de 7.2% para os menos escolarizados contra 10.1% para os mais escolarizados, destacam (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICF MACRO, 2010). Mas, aqui há que deixar uma margem para dúvidas nos dados estatísticos, sendo preciso levar em conta a possibilidade de falta de estatísticas acuradas.

Por mais que os dados do INSIDA apontem que são as pessoas social e economicamente bem colocadas as mais infetadas pelo HIV, estes não apontam como é, para cada um desses segmentos de pessoas, darem conta dos custos sociais e econômicos diante da infecção pelo HIV. Isto é, como é que o cotidiano de cada um desses segmentos é influenciado pelas necessidades que o HIV impõe, bem como as questões de alimentação e outras necessidades diárias que cada um tenha que dar conta. Este fato faz com que os infetados, independentemente da posição social, tenham menos oportunidades de emprego e, quando têm emprego, são na maioria das vezes os mais precários e/ou relacionados ao setor informal da economia. Ademais, grande parte dessas pessoas infetadas (mais escolarizadas, menos escolarizadas, quintil de riqueza mais elevado ou menos elevado) são economicamente ativas e responsáveis por famílias. São estes fatos que queremos trazer à tona estudando a experiência cotidiana de um grupo de mulheres menos escolarizadas e pertencentes ao quintil de riqueza mais baixo.

Em termos regionais, a prevalência é mais elevada na região Sul (17.8%), seguida da região Centro (12.5%), sendo mais baixa na região Norte (5.6%) do país (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICF MACRO, 2010). No gráfico a seguir podemos acompanhar a evolução de pessoas adultas vivendo com HIV desde 1988 e as estimativas para as três regiões do país (Sul, Centro e Norte) até 2014, onde se constata que a região Sul tem a tendência de ser a mais infetada:

⁹ Ensino fundamental no Brasil

Gráfico 4: Evolução da infecção por HIV por regiões em Moçambique desde 1988 a 2014



Fonte: Conselho de Ministros (2010).

O gráfico ilustra uma dinâmica variada da infecção pelo HIV nas três regiões, na medida em que no Norte, a prevalência foi consideravelmente mais baixa que as outras regiões, com tendência estável. A região Centro tem a prevalência maior que a do Norte, com uma tendência levemente decrescente, e a região Sul tem a maior prevalência (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICF MACRO, 2010; CONSELHO DE MINISTROS, 2010).

É na região Sul de Moçambique onde se encontra a cidade de Maputo, sendo a maior cidade e capital do país. No que diz respeito à prevalência do HIV e SIDA, de acordo com o INSIDA, a prevalência nesta cidade estava estimada em 16.8% do total do país. Quanto à distribuição por sexo, a Cidade de Maputo contava com 20.5% de mulheres infetadas e 12% dos homens infetados de todo país, como apontam Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICF Macro (2010).

Do cenário aqui retratado é visível que, globalmente, na África Subsaariana, em Moçambique e em Maputo, as mulheres são o segmento da população cujo índice de prevalência em HIV é mais

marcante, o que vislumbra uma face feminizada da epidemia. Para este fato contribuem questões biológicas das mulheres e também questões sociais, isto é, pelos dados sobre prevalência que apresentamos, os fatores biológicos, fatores socioculturais (normas e representações sociais, casamento precoce, sexo entre gerações diferentes, violência de gênero e fatores econômicos), limitado acesso e controle dos recursos e pobreza, são os fatores que contribuem para que a epidemia do HIV e SIDA tenha este rosto feminizado e que a situação das mulheres esteja sendo deteriorada comparativamente à dos homens em Moçambique, apontam Cruz e Silva et al. (2007) e Tvedten, Paulo e Montserrat (2008).

Estes fatores estão intrinsicamente ligados à forma como as desigualdades de gênero¹⁰, de acordo com Kula (2009), colocam a mulher numa posição de subordinação em relação ao homem e a torna mais vulnerável. No entanto, mesmo se reconhecendo a importância da desigualdade de gênero na configuração da epidemia e seus efeitos em Moçambique, a resposta está ainda longe do desejado e, conseqüentemente, a resposta à feminização do HIV tem sido fraca (Ibid.). Essa fraca resposta à feminização do HIV no país é também reflexo de como a desigualdade de gênero está sendo tratada. Os índices de desigualdades entre mulheres e homens e, também, as normas culturais e tradicionais que descriminam as mulheres são pouco combatidas e não variam muito entre os diferentes segmentos sociais.

Essa situação das mulheres se apresentarem mais infetadas que os homens pelo HIV têm igualmente implicações no contexto das relações em âmbito familiar, porque, na maioria das vezes, são as mulheres que assumem o papel do cuidado com seus familiares e diante da epidemia são as mulheres e, muitas vezes, as mais velhas, que assumem o cuidado com os infetados e os órfãos decorrentes do HIV. Porém, este cuidado se torna um desafio preocupante, porque essas mulheres hoje se encontram infetadas e têm de cuidar de si mesmas, bem como, no caso das mulheres por nós contatadas, têm que enfrentar o problema do desemprego e outros fatores que dificultam o enfrentamento cotidiano com o HIV. No que diz respeito ao cuidado, como veremos no capítulo

¹⁰ Sendo que a desigualdade de gênero é vital numa resposta efetiva ao enfrentamento do HIV, há necessidade de se criar condições no mundo inteiro de eliminação destas desigualdades de gênero, das violências baseadas em gênero e também aumentar a capacidade das mulheres se protegerem do HIV (United Nations Programme on HIV/AIDS, 2014).

de apresentação e discussão dos resultados, elas também prestam serviços domiciliários às pessoas infetadas.

No processo de feminização do HIV, de acordo com Guimarães (2001), os estereótipos associados à figura do “aidético” fazem com que certas mulheres sejam culpadas pela disseminação do HIV, tendo que carregar o peso dos tabus, medos e estereótipos ligados à sexualidade, enfatizam Cruz e Silva et al. (2007). Contudo, não há uma preocupação com o modo como elas contraíram o HIV e muito menos como dão, ou se dão, conta da sua condição de infetadas.

Cruz e Silva e Andrade (2005), pesquisando sobre a feminização do HIV em Moçambique, apontam que a fraqueza da qualidade e cobertura dos serviços de saúde em nível nacional e o baixo nível de partos assistidos institucionalmente, quando aliados aos casos de violências sexuais e domésticas contra as mulheres e a sua posição subordinada aumenta a vulnerabilidade, isto é, de acordo com Cruz e Silva et al. (2007, p. 19) “(...) a maior vulnerabilidade das mulheres à epidemia é o resultado de constrangimentos sociais”. Este cenário espelha que as mulheres infetadas têm problemas relativos à disponibilidade e acesso aos serviços de saúde, bem como que elas são o segmento da população mais sujeito às vulnerabilidades decorrentes da sua condição de “inferioridade” e de vítimas de abusos sexuais e violências de gênero, fazendo com que essa vulnerabilidade das mulheres em relação ao HIV esteja diretamente relacionada com as relações de gênero, dependência econômica e aos fatores socioculturais, destacam Kalipeni, Ghosh e Mkandawire-Valhmu (2007).

Neste sentido, os aspectos aqui problematizados, consequentemente, fazem antever que “sem que haja uma transformação das relações desiguais de poder de gênero que existem em toda sociedade, as mulheres do mundo inteiro continuarão a ser alvos preferencias da infecção por HIV e serão incapazes de negociar e garantir sua própria segurança” (PARKER, 2000, p. 107).

1.2 JUSTIFICATIVA

Depois de ter terminado a graduação em Sociologia, em 2009, na Universidade Eduardo Mondlane (UEM) em Maputo, Moçambique, em 2010 passei a fazer parte do quadro de pessoal da mesma Universidade, especificamente no Centro de Estudos Africanos (CEA), como pesquisador estagiário.

Dos vários projetos de pesquisa em que estive envolvido como assistente de pesquisa se destaca o projeto sobre HIV e SIDA que envolve Brasil, África do Sul e Moçambique. O processo de discussão entre os grupos de pesquisa dos três países, bem como as leituras e o contato com o campo, despertaram em mim a vontade de aprofundar o conhecimento sobre a questão social do HIV e SIDA, especificamente sobre a vida de um dos segmentos da população HIV positiva, que são as mulheres pobres¹¹.

Sendo que, na Sociologia, nada é um problema intelectual e científico, sem ser antes um problema da vida prática dos indivíduos, nosso esforço com o estudo é olhar para o cenário que a infecção pelo HIV criou na vida de um grupo de mulheres, e tentar compreendê-lo e interpretá-lo à luz da visão do mundo dos próprios, isto é, das mulheres por nós contatadas, para depois compreender como estas vivem num cotidiano atravessado por dificuldades sociais e econômicas que a epidemia acentua, bem como apreender que comportamentos adotam para dar sentido e estruturar o seu *mundo da vida*.

A pertinência sociológica do trabalho está no fato de o tema demonstrar a possibilidade de analisar sociologicamente a realidade da vida cotidiana, ou mais precisamente, a realidade que a vivência como infetadas impõe às mulheres HIV positivo e que, de certa forma, dirige a conduta das mesmas na vida cotidiana.

Ademais, o trabalho desperta a necessidade de investigar sobre a feminização do HIV para compreender e agir no combate a este “mal” social, bem como tomar este recorte e tópico de pesquisa para uso em estratégias de intervenção na mitigação dos efeitos desta epidemia. Assim, com a pesquisa na linha de pensamento apresentado por Kula (2009), adentramos nas dinâmicas e manifestações que a feminização do HIV possibilita e procuramos “dar voz” a essas mulheres marginalizadas pelo fato de estarem infetadas pelo vírus.

¹¹ No capítulo onde apresentamos o perfil das mulheres entrevistadas explicaremos porque mulheres nas condições das que entrevistamos são consideradas pobres em Moçambique.

Sendo que esta epidemia é um desafio para o mundo todo e, em particular, para países que enfrentam dificuldades econômicas e de infraestruturas de várias ordens, como Moçambique, a pertinência político-social desta pesquisa está no fato de a mesma nos permitir discorrer sobre o cenário vivido pelas mulheres infetadas pelo HIV na cidade de Maputo e adentrar nas suas subjetividades, ou seja, como elas se observam e como são observadas nos contextos sociais de que são parte.

É também importante a realização da pesquisa porque com ela podemos aprofundar os problemas e desafios atuais das mulheres “pobres” e infetadas pelo HIV, sendo que em Moçambique as mulheres são atoras-chave no cuidado familiar, todavia, são igualmente atoras menos privilegiadas no mercado de trabalho e educacional, entre outros aspectos sociais. Isso relega as mulheres às posições e condições menos favoráveis na sociedade, seja por questões estruturais como também culturais, principalmente relacionadas à tradição e relações de gênero.

A relevância desta pesquisa se encontra também no fato dela nos permitir discorrer sobre as histórias da vida passada, presente e futura das mulheres com quem estabelecemos contato durante o nosso campo, bem como é que é, para elas, estarem infetadas pelo HIV, cuidar da casa, da família, dos filhos e procurar os serviços de saúde. Assim procuramos discorrer sobre uma questão pouco aprofundada nas ciências sociais em Moçambique, bem como reforçar trabalhos sobre questões de saúde e doença nas ciências sociais moçambicanas. Na medida em que, devido às novas questões que o HIV e SIDA colocaram, sobretudo a partir das duas últimas décadas do século XX, esta epidemia contribuiu especialmente para que se passasse de estudos quantitativos relativos ao conhecimento, atitudes e comportamentos sobre a sexualidade e fatores de risco da epidemia, como destacam Cruz e Silva et al. (2007), para a pesquisa qualitativa sobre *standards* sociais, representações e interpretações sobre trajetórias e situações de vulnerabilidade de infecção pelo HIV, mas, também, sobre o papel e influência das relações de gênero, das condições socioeconômicas nas experiências cotidianas das pessoas infetadas.

Portanto, com a pesquisa podemos discorrer sobre os vários aspectos sociais que a infecção pelo HIV acarreta atualmente, configurando o papel das ciências sociais no debate sobre os efeitos e impactos sociais do HIV e SIDA na sociedade.

Doravante, o fato de escolhermos estas mulheres para fazerem parte do nosso estudo, ou seja, a escolha deste segmento da população deve-se ao fato desta ser a categoria social mais vulnerável em virtude

da pobreza decorrente de sua condição econômica. Na medida em que, para Paulo, Rosário e Tvedten (2008), são os elementos mais pobres da população que sofrem processos de marginalização e exclusão social.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral:

Pretendemos estudar as experiências cotidianas que um grupo de mulheres pobres infetadas pelo HIV têm e como elas estruturam o seu cotidiano no contexto das relações sociais que estabelecem.

1.3.2 Objetivos específicos:

Identificar como o fato de ser infetada pelo HIV influencia o cotidiano das mulheres;

Compreender o contexto das relações familiares e comunitárias das mulheres infetadas pelo HIV;

Compreender como as mulheres infetadas pelo HIV lidam com a questão do estigma e preconceito;

Identificar as experiências das mulheres infetadas pelo HIV face ao TARV.

1.4 METODOLOGIA E TRABALHO DE CAMPO

A presente pesquisa segue uma abordagem qualitativa, tendo como referenciais teorias que se baseiam na realidade social do cotidiano e do conhecimento que os sujeitos de pesquisa têm da realidade, como parte integrante dela. Isto é, mostra-nos que os sujeitos são dotados de conhecimento do “senso comum”, conhecimento este ligado à sua vivência/experiência cotidiana e que é dotado de significado para os mesmos. Com a pesquisa qualitativa, queremos tomar os mundos da vida como construídos pelas mulheres infetadas pelo HIV, na sua vida cotidiana, para mapeá-lo e compreendê-lo como resultado das relações entre essas mulheres e a situação em que se encontram, explorando o espectro das opiniões delas e as diferentes representações do assunto em questão (GASKELL, 2004).

Na pesquisa, a abordagem qualitativa se apresenta como escolha do pesquisador e não como alternativa às “supostas” insuficiências das abordagens quantitativas. Assumimos que tal escolha não foi arbitrária, mas, ao contrário, tratava-se de uma tentativa de estabelecermos uma

interação com as nossas entrevistadas, o que não seria possível com inquéritos na base de perguntas fechadas. Para esta escolha contou também a complexidade do tema e do fato de somente termos estabelecido contato com mulheres que se manifestaram à vontade para partilhar suas experiências. Sendo que a metodologia qualitativa e as técnicas escolhidas nos permitiram aprofundar sobre o cotidiano dessas mulheres.

Para recolha de informação e dados optamos pelo enfoque de multi métodos, proposto por Gaskell (2004) e Morgan (2004), no sentido de procurar uma comunicação e complementariedade entre eles, respeitando os limites e insuficiências de cada um deles. Assim, constituíram os métodos para coleta de informação e dados os seguintes procedimentos:

Revisão da literatura que consistiu na leitura de estudos que tratam a questão que o nosso tema de estudo procura abordar, a questão do HIV e SIDA e sobre, principalmente, seu impacto nas mulheres. Aqui também tivemos que ler documentos oficiais quer nacionais, quer internacionais. Estas fontes serviram para que pudéssemos trazer o quadro de situação da prevalência e infecção pelo HIV e SIDA no mundo, bem como na África, particularmente na África Subsaariana onde se localiza Moçambique e, especificamente, a Cidade de Maputo onde a nossa pesquisa de campo teve lugar. Através de técnicas adequadas estruturamos a nossa problemática de estudo sobre a feminização do HIV, bem como do impacto da epidemia na vida das mulheres. Igualmente procuramos situar e apresentar o que é ser mulher em Moçambique e como as questões de gênero se manifestam e são abordadas.

Grupos focais: Esta técnica nos permitiu obter uma troca de pontos de vista, ideias e experiências, bem como o desenvolvimento e a compreensão das relações entre as atoras sociais, que fazem parte de nossa pesquisa, e sua situação de infetadas pelo HIV (GASKELL, 2004).

A importância de usarmos esta técnica está também no fato de as entrevistadas estarem enredadas em relações sociais que são importantes para elas, no trabalho, na vida da comunidade e em qualquer outro lugar. Disso, os eventos que participam importam para elas. As opiniões e ações das pessoas com quem interagem, na nossa pesquisa as mulheres que fazem parte da AH, tem que ser levadas em consideração, porque elas afetam estes eventos (BECKER, 1993).

Um aspecto importante que surgiu durante os grupos focais, e posterior leitura das transcrições, é que mesmo fazendo parte do mesmo

meio social, pertencerem à mesma associação e estarem todas infetadas pelo HIV, elas não conheciam a experiência de infecção uma das outras. Experiência essa que vem desde o período antes do diagnóstico, do processo de desconfiança e descobrimento do estado sorológico, até as vivências e experiências pós-diagnóstico e, consequente, TARV. Contudo, a partilha e contraste de experiências construiu um quadro de interesses e preocupações comuns entre as mulheres.

Histórias de vida: A escolha deste método prendeu-se ao fato de que, com ele, termos feito um levantamento da vida das mulheres infetadas pelo HIV. Podemos antes e depois da infecção obter a história da vida destas mulheres e suas transformações, no constante diálogo na e com a sociedade. Por outras palavras, permitiu captar a reformulação da vida delas. Deste modo, esta técnica foi particularmente útil para nos fornecer uma visão do lado subjetivo de processos institucionais muito estudados, como destaca Becker (1993). Assim, tomamos os relatos sobre a vida das mulheres infetadas pelo HIV não somente como algo vivido por elas, mas, simultaneamente, como relato, história da vida e uma experiência em sociedade e de suas transformações como enfatizam Cabanes (1995) e Houle (2010), sendo que esses depoimentos do “senso comum” se constituem em conhecimento da sociedade onde vivem e, consequentemente, conhecimento para nós pesquisadores.

O critério de seleção das mulheres foi por via de indicação, na medida em que para abordar esta questão tão sensível e carregada de muito preconceito e estigma na sociedade moçambicana, dificilmente conseguiríamos selecionar ao acaso as mulheres infetadas pelo HIV para fazerem parte do estudo. Assim, foram selecionadas aquelas mulheres que se sentiram à vontade em compartilhar as suas experiências cotidianas. Disto decorre que a amostra da pesquisa resultou da aceitação e/ou aderência voluntária das mulheres. Isto é, da sua disposição de romper o silêncio diante de um estranho e não pertencente ao meio social delas, visto que o silêncio e o segredo que a infecção pelo HIV impõe são ainda marcantes entre os infetados, como veremos no decurso do trabalho. Acabaram sendo mulheres com baixa escolaridade e rendimentos baixos¹², porque este segmento da população, infetado ou não, é o que mais recorre ao associativismo e instituições do Estado para obter apoio.

¹² Apesar de os dados, como apontamos atrás, de prevalência indicarem que este é o grupo menos infetado.

Assim, acabamos por entrevistar 20 mulheres infetadas pelo HIV e que estão em TARV e, com as mesmas, constituímos dois grupos focais compostos por 10 mulheres cada.

Para estabelecermos um contato com mulheres infetadas pelo HIV tivemos apoio do Fórum Mulher¹³, uma rede de ONGs que trabalha para a defesa dos direitos das mulheres e que, entre vários programas, possui os específicos para mulheres infetadas pelo HIV. Dos contatos feitos no Fórum Mulher, falamos com Graça Sambo – Coordenadora do Fórum Mulher e, com Maira Domingos – responsável pelo **Programa de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e Educação não Sexista** no Fórum Mulher.

Deste contato, que aconteceu nas primeiras semanas do mês de janeiro de 2014, elas me indicaram uma associação de mulheres infetadas que acabava de receber um apoio em cesta básica para as mulheres pertencentes à associação. Disto nos foi indicada a presidente da associação, Senhora Judite de Jesus. A associação denomina-se HIXIKANWE¹⁴, que em português significa “Estamos Juntos”. Esta associação se localiza em um dos bairros periféricos da cidade de Maputo, que de entre outras coisas, conta entre suas atividades o ativismo nos bairros ao redor. Ativismo que consiste em visitar pessoas infetadas pelo HIV e SIDA, prestar cuidados domiciliários para pessoas acamadas (por exemplo, dar banho), controlar se tomam o TARV, recuperar pessoas que desistem do tratamento, também ajudar os membros com roupas doadas, utensílios domésticos, alimentos para soropositivos adultos e suplemento alimentar para crianças.

No entanto, para as mulheres fazerem parte da nossa pesquisa tinham que preencher os seguintes critérios: serem mulheres infetadas pelo HIV e estar em TARV.

Ademais, há que ter em conta que o fato de o proponente da pesquisa ser um homem e estar a pesquisar sobre a saúde de mulheres foi um constrangimento no processo da elaboração das entrevistas e grupos focais, incluindo neste aspecto o fato de se tratar de um assunto sensível e delicado para as mulheres, em particular, e para sociedade em geral. Isto na medida em que, segundo Becker (1993) os entrevistados respondem de forma diferente a perguntas sobre sexo em função da idade e do sexo do entrevistador. Contudo, para contornar esta questão, justificamos o caráter eminentemente acadêmico da pesquisa, bem como garantimos o total anonimato das participantes, sigilo e

¹³ <http://www.forumulher.org.mz>

¹⁴ Numa das línguas nativas do sul de Moçambique, o *Changana*.

confidencialidade das informações que elas compartilharam durante a efetivação do trabalho de campo. Aqui as mulheres e o pesquisador assinaram um termo de doação de entrevista oral¹⁵.

Para efetuar o trabalho de campo o pesquisador deslocou-se para Moçambique, especificamente para a Cidade de Maputo, de modo a efetuar os grupos focais e recolher as histórias de vida. Também entrevistou duas informantes-chave, pesquisadoras sociais e de referência no país em estudos e reflexões em questões de gênero, saúde sexual reprodutiva e direitos das mulheres¹⁶.

A nossa pesquisa de campo decorreu entre os meses de janeiro e março de 2014. As entrevistas individuais tiveram uma duração média de 45 minutos, incluindo as com as informantes-chave¹⁷, e os grupos focais duraram em média duas horas cada.

A análise dos dados foi temática. Nesta fase, depois de gravadas em áudio, as entrevistas (grupos focais, histórias de vida e entrevistas com informantes-chave) foram transcritas. Depois procuramos captar as interpretações, nem sempre convergentes, do cotidiano dessas mulheres que espelham os objetivos da nossa pesquisa – as experiência de vida em sociedade das mulheres infetadas pelo HIV. Esta fase constituiu-se na transcrição das entrevistas na íntegra e bem detalhadas, como propõe Myers (2004), para encontrar uma correspondência entre a linguagem e a comunicação das entrevistadas com a realidade em análise.

Tomamos atenção às entoações e linguagens nos próprios termos que as entrevistadas apontavam no decurso da conversa, em vista de compreender os eventos a partir dos significados atribuídos pelas mesmas e assim “entrar” no seu cotidiano.

Tivemos igualmente em conta as pausas, os risos e as reticências no decurso da interação entrevistador-entrevistada, aspectos importantes para compreensão das respostas. Feitas as transcrições, fizemos uma leitura das entrevistas em vista de destacar os elementos que se repetiam, para em seguida ter-se feito uma comparação entre as respostas e, assim procurar por temas com conteúdos comuns e pelas funções destes temas para, finalmente, fazer a análise temática, tendo em conta os objetivos da nossa pesquisa (GASKELL, 2004; GILL, 2004).

¹⁵ Vide APÊNDICE B.

¹⁶ Também são ativistas e pertencem ao movimento feminista em Moçambique.

¹⁷ Aqui não se seguiu um roteiro de entrevista pré-estabelecido, mas algumas perguntas eram baseadas nas perguntas do roteiro usado para as mulheres infetadas que entrevistamos.

O discurso produzido pelas respondentes foi considerado individual e coletivamente. Individual, quando foram consideradas as experiências de cada mulher sobre o fenômeno e coletivas, quando consideradas as complementaridades entre as respostas que revelassem estruturas e relações entre as partes do fenômeno. Assim, o discurso produzido foi tomado como ação e interação em sociedade (DIJK, 1997).

1.4.1 Estrutura do trabalho

Na parte introdutória da dissertação, apresentamos a nossa problemática de estudo apontando os contornos do HIV e SIDA no mundo, na África Subsaariana e em Moçambique; os motivos e como chegamos a elaborar este trabalho; os objetivos do trabalho e; como o nosso campo foi estruturado. O primeiro capítulo consiste em socializar e contextualizar onde a problemática em estudo se manifesta (Moçambique) e em particular a Cidade Maputo, focando em questões geográficas, sociais, culturais e econômicas.

O segundo capítulo procura traçar o perfil das mulheres moçambicanas, como forma de perceber historicamente o que é ser mulher em Moçambique. Aqui, apresentamos igualmente como as questões culturais e tradicionais do país interferem e influenciam na posição e situação das mulheres. Relacionado a esse fato, apresentamos como estão as mulheres moçambicanas no que diz respeito à sua formação, emprego e participação nos órgãos de decisão. Aspectos esses que nos ajudam a perceber como estão estruturadas as relações entre mulheres e homens na sociedade moçambicana.

Ainda neste capítulo, apresentamos o nosso referencial de análise. Aqui apresentamos uma breve introdução da articulação entre os estudos de gênero e o campo da saúde. Em seguida apresentamos as categorias de análise, nomeadamente gênero, vulnerabilidade e feminização do HIV. Procuramos apontar como elas devem ser entendidas no trabalho, bem como são comunicantes e, para as questões em estudo, interdependentes.

O terceiro capítulo incorpora a apresentação e discussão dos resultados. Neste capítulo apresentamos o perfil das mulheres por nós entrevistadas e procuramos enquadrar as falas delas como manifestações da feminização do HIV, falas essas que são a demonstração das experiências que elas têm como infetadas.

Depois do terceiro capítulo apresentamos as principais conclusões que nos foram possíveis chegar depois da apresentação e discussão dos resultados.

CAPÍTULO I

2 MOÇAMBIQUE E CIDADE DE MAPUTO: uma breve contextualização.

2.1 Moçambique: Socializando a pérola do índico¹⁸.

2.1.1 Aspectos geográficos

Moçambique situa-se na faixa sul-oriental do Continente Africano, entre os paralelos 10°27' e 26°52' de latitude Sul e entre os meridianos 30°12' e 40°51' de longitude Este. Ao Norte faz fronteira com a Tanzânia; a Oeste com o Malawi, Zâmbia, Zimbabwe, Suazilândia; e ao Sul, com a África do Sul. Toda a faixa este é banhada pelo Oceano Índico¹⁹ numa extensão de 2,470 km. A linha de costa tem uma extensão de cerca de 2.770 km de comprimento; a plataforma continental tem uma área de aproximadamente 104 Km², estendendo-se até a profundidade de 200 m. A superfície territorial é de 799. 380 Km².

O país se encontra dividido em 11 províncias distribuídas geograficamente em três regiões, como podemos ver na Figura 1, nomeadamente: Norte (três províncias), Centro (quatro províncias) e Sul (quatro províncias). Cada uma das províncias está dividida política e administrativamente em municípios, distritos, postos administrativos e localidades. Sendo que as divisões importantes são províncias (11), municípios (43) e distritos (144).

2.1.2 Aspectos históricos e políticos recentes

Moçambique, como grande parte dos países africanos, foi alvo das potências imperialistas europeias que culminou na divisão do continente, estabelecimento das fronteiras²⁰ e, consequentemente,

¹⁸ Este apelido se deve ao fato de grande parte do litoral estar voltado para o Oceano Índico.

¹⁹ Este aspecto confere ao país uma vantagem face aos países do *Hinterland* (do interior) com os quais faz fronteira pela parte terrestre, servindo de meio de ligação para esses países do interior com o oceano, fazendo com que os principais portos do país sejam uma vantagem econômica.

²⁰ Sendo a Conferência de Berlim (19/11/1884 – 26/02/1885) um marco importante que levou à divisão do continente.

colonização e exploração. Neste processo de invasão imperialista o país foi uma colônia de Portugal.

Moçambique é uma nação jovem e em processo de consolidação das suas estruturas democráticas. O país se tornou independente de Portugal em 25 de junho 1975, após dez anos de Luta Armada de Libertação Nacional (LALN²¹), movida contra o governo colonial português pela Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO). A independência política de Moçambique foi negociada entre a FRELIMO e o Governo português e firmada no acordo de Lusaka²² a sete de setembro de 1974.

O primeiro governo surgido da independência desencadeou uma perspectiva socialista para perpetrar mudanças na sociedade, tendo, para tal, implementado amplos programas em setores básicos da sociedade como educação, saúde e habitação, até finais da década de 80. Aqui, há que destacar que, com a saída dos portugueses, essa década é marcada pela ausência de quadros qualificados nas principais áreas, sendo que o país teve que correr contra o tempo em vista a pôr fim a essa insuficiência. Adicionando à limitada infraestrutura socioeconômica deixada pelo colonizador, Moçambique foi alvo de destruições consequentes dos anos de guerra de independência e de guerra civil. Este passado condicionou que no, início da década 1990, Moçambique era considerado um dos países mais pobres do mundo (REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, 2010).

²¹ A LALN iniciou-se a 25 de setembro de 1964.

²² Capital da Zâmbia.

Figura 1. Mapa de Moçambique



Fonte: Instituto Nacional de Saúde (2010).

Os esforços de reconstrução da sociedade e melhoria do nível de vida das populações nos primeiros anos da independência não se consolidaram e, em muitos casos, sofreram um colapso, associados à queda acelerada da economia, deterioração da situação militar e social. Como de esperar, o país continua tendo muitos desafios, sobretudo no domínio do combate à pobreza e na melhoria das condições de vida da população, assim como na redução dos níveis de infecção pelo HIV e SIDA e suas consequências como iremos vislumbrar em várias partes do nosso trabalho (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICF MACRO, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICF INTERNATIONAL, 2013).

Logo após a independência, o país passou por anos de guerra civil²³, entre 1976 e 1992, envolvendo a Frente de Libertação de Moçambique²⁴ (FRELIMO) e os militares da Resistência Nacional Moçambicana²⁵ (RENAMO). Durante o período da guerra, o país assistiu ao aparecimento das instituições da *Bretton Woods* (Banco Mundial e FMI) com políticas de ajustamento estrutural²⁶, marcando o início de uma economia de mercado, em 1987, com o intento de modificar a política econômica e relançar a economia de Moçambique. Esse aspecto se mantém até os dias de hoje, sendo que no que diz respeito à questão da saúde, essa ajuda tem como principal destaque o Fundo Global para enfrentamento do SIDA, Malária e Tuberculose (TB) (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICF MACRO, 2010).

Depois desse período, com a nova constituição de 1990, é que teve início o processo de liberdades civis e políticas, com aumento de Organizações da Sociedade Civil (OSC) e a possibilidade de grupos se organizarem em partidos políticos, marcando a passagem do país de um

²³ Conhecida como a Guerra dos 16 anos ou Guerra de Desestabilização de Moçambique.

²⁴ Frente de Libertação de Moçambique (atualmente o partido no poder desde as primeiras eleições democráticas realizadas em 1994).

²⁵ Formada por grupo de dissidentes da FRELIMO depois da independência—atualmente o segundo maior partido político em Moçambique e o maior da oposição.

²⁶ O Programa de Reabilitação Econômica (PRE) como a principal ação na época. A adoção do PRE trouxe consigo a necessidade de reajustamento econômico e social, em que o papel do Estado seria redefinido e seria dada maior ênfase ao setor privado para o desenvolvimento do país numa situação econômica de mercado.

sistema de partido único para um sistema multipartidário. Desta forma possibilitou uma abertura para que Estado e sociedade civil enfrentassem os graves problemas sociais e econômicos decorrentes da guerra civil. Tal abertura também significou a liberalização econômica e de fronteiras para o capital internacional, para além dos interesses de ajuda humanitária. Essa abertura para capital internacional e as intervenções humanitárias serviram de bases para que, depois da guerra civil, o país desse passo rumo à melhoria das condições sociais e econômicas, se erguendo desse modo dos estragos deixados pela guerra civil.

A guerra civil teve seu fim em quatro de outubro de 1992 com a assinatura do Acordo Geral de Paz (AGP), em Roma, entre o presidente da RENAMO, Afonso Dhlakama, e o da FRELIMO, Joaquim Chissano. Após o AGP o país passou sucessivamente por cinco eleições Gerais²⁷ (1994, 1999, 2004, 2009 e 2014) e quatro eleições autárquicas²⁸ (1998, 2003, 2008 e 2013).

2.1.3 Aspectos demográficos (dinâmica populacional)

Grande parte dos aspectos demográficos da população moçambicana só são devidamente compreendidos se situados no contexto mais amplo das transformações sociais, econômicas e culturais que o país tem passado, desde os períodos pré-colonial, colonial e pós-colonial. Por exemplo, a taxa de crescimento da população era relativamente baixa durante a primeira década do século XX, fato que se deveu à falta de condições de saúde e higiene. Outro exemplo são as migrações mais recentes, nomeadamente os movimentos externos e internos da população, causados pela guerra civil até a assinatura do AGP. Por último, com o estabelecimento do processo democrático e a prevalência da paz, o Governo de Moçambique (GM) tem desenvolvido esforços para recuperação e implantação de infraestruturas. Estas ações têm levado paulatinamente à melhoria do nível de vida da população, que, contudo, continua sendo desafiado pelos efeitos e impactos da

²⁷ Para eleição do Presidente da República e dos deputados da Assembleia da República.

²⁸ Eleições para estabelecimento das autarquias locais, como pessoas coletivas públicas dotadas de órgãos representativos próprios que visam a prossecução de interesses das populações respectivas, sem prejuízo dos interesses nacionais e da participação do Estado. As autarquias locais se circunscrevem aos municípios e povoações.

malária e do HIV e SIDA, respectivamente as principais causas de morte por questões de saúde, malária (28.8%) e HIV e SIDA (26.9%) (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2012; INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICF MACRO, 2010).

Segundo Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICFI (2013), os dados demográficos disponíveis permitem descrever a evolução histórica da população moçambicana, a partir de 1950. Neste ano, a população total estimada era de 6.5 milhões de habitantes, tendo quase que duplicado 30 anos depois, ao atingir 12.1 milhões em 1980, a quando do primeiro Recenseamento Geral da População e Habitação (RGPH). Nas décadas seguintes, a população manteve a tendência crescente, atingindo 16.1 milhões no segundo RGPH em 1997.

De acordo com Instituto Nacional de Estatística (2010), pelos dados do último RGPH, realizado em 2007, o país possuía 20.226.296 habitantes²⁹ dos quais 52% são mulheres, onde 30.4% da população viviam nas zonas urbanas e 69.6% em zonas rurais. A maioria da população que vive nas zonas rurais tem a agricultura como o principal meio de subsistência. Em termos regionais, a região Centro, com maior extensão territorial, é a mais populosa, seguida da região Norte, a segunda mais extensa e segunda mais populosa, e a região Sul que é a menos extensa e a menos populosa.

Olhando para os dados do último RGPH e as projeções para 2013, vislumbra-se uma tendência crescente da população, sendo que o principal responsável pelo rápido crescimento populacional é a fecundidade que tem se mantido em níveis elevados, combinado com a tendência descendente da mortalidade. Esses dados conferem ao país a quarta posição dos países mais populosos da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC)³⁰, ficando atrás da República Democrática do Congo, da África do Sul e da Tanzânia, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICFI, 2013). Acrescenta o Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICFI (2013) que a evolução histórica das taxas de natalidade modelou uma estrutura da população bastante jovem, caracterizada por uma base muito larga e um achatamento no topo. Esta situação está relacionada com contínuas e elevadas taxas de fecundidade, como consequência do baixo nível de

²⁹ Em 2013 a projeção da população era de 24.366 milhões de habitantes (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2012).

³⁰ Sigla em inglês para Southern Africa Development Community (SADC).

escolaridade das mulheres e fraco nível de uso de serviços de Planejamento Familiar (PF) (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2012). O quadro seguinte faz um resumo de alguns dados demográficos, tomando como base o último RGPH, 2007, e algumas projeções para o ano de 2011:

Quadro 1: Resumo dos dados demográficos para os anos 2007 e 2011.

| Indicadores | 2007 | 2011 |
|---|-----------------|--------------------|
| População | 20.632.434 hab. | 23.049.621 hab. |
| População masculina | 9.930.196 hab. | 11.108.128 hab. |
| População feminina | 10.702.238 hab. | 11.941.493 hab. |
| População masculina (em %) | 48,1 | 48,2 |
| População feminina (em %) | 51,9 | 51,8 |
| População, 0-14 (em %) | 46,9 | 45,3 |
| População, 15-59 (em %) | 48,6 | 50,1 |
| População, 60+ (em %) | 4,6 | 4,7 |
| População urbana (em %) | 30,4 | 31,0 |
| População rural (em %) | 69,6 | 69,0 |
| Índice de masculinidade (homens em cada 100 mulheres) | 92,8 | 93,0 |
| Densidade demográfica (Km ²) | 25,3 | 28,8 |
| Taxa anual de crescimento da população (em %) | 2,8 | 2,8 |
| Taxa bruta de natalidade (por mil) | 42,2 | 41,4 |
| Taxa bruta de mortalidade (por mil) | 13,8 | 13,5 |
| Taxa de mortalidade infantil (por mil) | 93,6 | 86,2 |
| Taxa global de fecundidade (filhos/mulher) | 5,7 | 5,6 |
| Esperança de vida, total (em anos) | 50,9 | 52,4 |
| Esperança de vida, homens (em anos) | 48,8 | 50,4 ³¹ |
| Esperança de vida, mulheres (em anos) | 52,9 | 54,5 ³² |
| Taxa de Mortalidade Materna (por 100.000 nascimentos) | 500,1 | ... |

³¹ Em 2013 a esperança de vida para os homens era de 51.0 anos (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2012).

³² Em 2013 a esperança de vida para as mulheres era de 55.3 anos (Ibid.).

Fonte: Elaborado pelo autor. Adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2010); Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICF Macro (2010); Instituto Nacional de Estatística (2012); Ministério da saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICFI (2013) e www.ine.gov.mz.

2.1.4 Aspectos econômicos e sociais

Durante os parágrafos e dados apontados nas páginas atrás fica visível que Moçambique, logo após a independência, herdou, como um dos frutos da independência, uma situação de pobreza. Não obstante o cometimento governamental e o relativo sucesso econômico atual de Moçambique, essa situação colocou e tem colocado grandes desafios ao país que ainda é um dos países mais pobres do mundo, com mais de metade da população vivendo abaixo da linha da pobreza. Mais de 40% do Orçamento do Estado (OE) é ainda dependente da ajuda externa, as infraestruturas rurais carecem de reabilitação e instalação, entre outros (REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, 2010), e o HIV e SIDA é igualmente uma ameaça ao desenvolvimento e agrava a condição de pobreza.

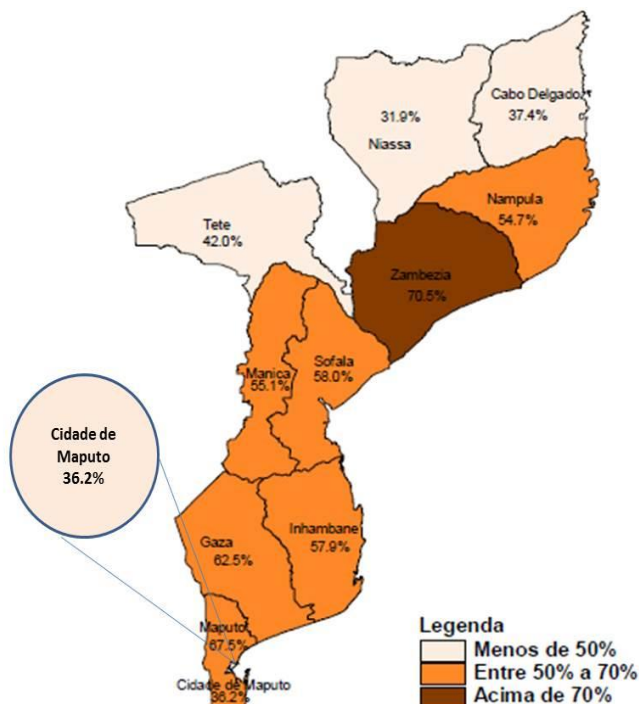
O INE realizou entre 2008/09 o Inquérito Nacional aos Orçamentos Familiares (IOF 08/09). O objetivo principal do IOF é de atualizar os índices de pobreza em Moçambique e, assim, dar o ponto de situação sobre os progressos em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011), especificamente sobre a meta relacionada com a percentagem da população vivendo abaixo da linha da pobreza³³. No entanto, a incidência da pobreza foi calculada em 54,7% da população em 2008/09 em nível nacional, o que indica uma redução de 14,7% comparativamente a 1996/97, quando a incidência estava calculada em 69,4%. Nos anos de 2002/03, a taxa de incidência foi de 54,1%, o que significa que entre 2002/03 e 2008/09 não se registou mudanças estatisticamente significativas nos níveis de pobreza. Consequentemente, o número de pessoas abaixo da linha de pobreza aumentou de 9,9 milhões para 11,7 milhões de pessoas, devido ao

³³ “A primeira meta dos ODM visa reduzir para metade o número de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza até 2015, partindo dos níveis de 80% em 1990. Este indicador aponta que Moçambique deverá reduzir a incidência da pobreza para 40% em 2015 para alcançar a meta estabelecida” (REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, 2010, p. 9).

crescimento da população que foi de três milhões, entre 2002/03 e 2008/09.

No que diz respeito à pobreza rural e urbana, as áreas rurais apresentam 56,9% da população abaixo da linha da pobreza e as urbanas, 49,6% nos anos 2008/09. Comparando com 2002/03, a pobreza rural aumentou ligeiramente, uma vez que estava estimada em 55,3% e a urbana reduziu, uma vez que estava estimada em 51,5% em 2008/09. Em termos regionais, houve uma redução da pobreza entre 1996/79 e 2002/03, e continuou em 2008/09, exceto para a região Centro, em que a pobreza aumentou 14,2%. Atualmente, o Norte apresenta a menor incidência da pobreza, com 46,5% da população abaixo da linha da pobreza, a região Sul vem em seguida com 56,9% e, por último, a região Centro com 59,7% (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2011). A figura 2 indica a distribuição da pobreza por províncias em Moçambique.

Figura 2. Índices de pobreza por províncias em Moçambique.



Fonte: Elaborado pelo autor. Adaptado de Instituto Nacional de Estatística (2011).

Moçambique faz parte da SADC e atualmente, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2013), é considerado como um dos países com uma economia de crescimento³⁴ rápido na região, em África e no mundo. Para isso tem contribuído a descoberta de recursos naturais, uns em fase de pesquisa e outros na etapa de arranque de sua exploração. Neste momento se destacam o gás natural e o carvão mineral, bem como a atração de investimento estrangeiro e abertura de multinacionais (REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, 2010). No entanto, estes índices de crescimento econômico ainda não se refletem em elevados índices de desenvolvimento socioeconômico e, consequente, melhoria das condições de vida das populações.

Moçambique é ainda um país agrário, pois, segundo Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICF Macro (2010), cerca de 70% da população vive no meio rural e a larga maioria da população em idade produtiva (a partir de 15 anos de idade) dedicava-se à agricultura, pecuária e silvicultura como principais atividades econômicas e de subsistência, fazendo da agricultura o fator predominante da economia. No entanto, a participação da população economicamente ativa na agricultura, pecuária e silvicultura varia segundo a área de residência. Assim, na área urbana, a população empregada neste setor é de 46,3% contra 93,8% da área rural (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2011). Estes aspetos mostram a importância que tem este setor na economia do país, mas é um dos setores com menos investimento e de difícil acesso ao crédito bancário.

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2013), com base na contagem de pessoas, os países com maiores percentagens no que respeita ao Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) se situam em África, e são, respectivamente: Etiópia (87%), Moçambique (79%) e Serra Leoa (77%). Acrescenta, que os países com a maior intensidade de pobreza (privações em, pelo menos, 33% dos indicadores ponderados) são Etiópia e Moçambique

³⁴ Por exemplo, em 2010 o Produto Interno Bruto (PIB) cresceu 7.1%, num ambiente de recessão econômica em nível internacional (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICF MACRO, 2010).

(cerca de 65% cada, em 2007-2011), seguidos pelo Burkina Faso (64%) e Libéria (58%).

No que diz respeito ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ³⁵, medido para 2012, temos de 0,327³⁶, o que indica que Moçambique está entre os países com os índices mais baixos do mundo. Fato que agrava a situação, na medida em que colocam o país na posição 185 no *ranking* mundial e, em nível dos países africanos, está entre os quatro países com maior taxa de incidência da pobreza, sendo o mais baixo da África Austral, onde mais de um terço da população vive com menos de um dólar americano por dia, destaca o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2013).

Relacionado com um dos indicadores para medir o IDH, isto é, com o indicador de qualidade de vida, o país tem como receita média mensal por agregado familiar 1.560 Meticais³⁷, o equivalente a 55 dólares americanos, e somente 42% da população tem acesso à água potável. Outro aspecto também relacionado com o IDH e com as metas dos ODM é a taxa de analfabetismo, onde para o país a taxa calculada é de 49.9%. Para as mulheres, a taxa é maior (63.9%) e para os homens (33.2%). Quanto à área de residência, a taxa é mais elevada na área rural (61.2%) contra 26.8% da área urbana (INE, 2011). No entanto, a questão do analfabetismo tem criado divergências na medida em que se usa somente a língua oficial, o português, como padrão para medir este indicador social, enquanto que no país existem várias línguas maternas com as quais as pessoas se comunicam e realizam suas tarefas, atividades e/ou necessidades sociais do cotidiano.

No que diz respeito aos **aspectos socioculturais**, Moçambique é caracterizado pela diversidade linguística, que inclui a língua portuguesa e as línguas nacionais (africanas). A língua portuguesa é a língua oficial do país, contudo, o Estado reconhece e valoriza as línguas nacionais como patrimônio cultural e educacional e promove o seu desenvolvimento e utilização crescente (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICF MACRO, 2010). Fato comprovante desse incentivo é a educação *bilíngue* que

³⁵ IDH é um indicador sintético, que apresenta a informação sobre três dimensões do desenvolvimento humano: uma longa vida e saudável, nível de escolaridade e um nível de vida decente (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

³⁶ Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011), em 2009/09, o IDH era de 0.384.

³⁷ Moeda moçambicana, criada em 1980 em substituição do escudo português.

pouco a pouco está sendo levada a cabo no Sistema Nacional de Educação (SNE). De acordo com o Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICFI (2013) e Instituto Nacional de Estatística (2010), na base dos dados do RGPH (2007), as línguas mais utilizadas na comunicação no cotidiano são: *Emakhuwa* (25%), Português (13%), *Xi-Changana* (10%), *Ci-Sena* e *Elomwe* (7% cada) e outras línguas moçambicanas (29%).

Parte significativa da população total professa a religião católica (28%), os muçulmanos ocupam o segundo lugar (18%), seguidos pelos crentes da religião Sião/Zione (16%) e pelas igrejas evangélicas e pentecostais (11%), sendo que 19% da população não professa qualquer religião (MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICFI, 2013; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2010).

2.2 BREVE PERFIL DA CIDADE DE MAPUTO: Socializando a cidade das Acácias³⁸

A cidade de Maputo está localizada na zona mais ao sul de Moçambique (Cf. Figuras 1 e 2), na margem ocidental da Baía de Maputo. Os seus limites são: a Norte, o distrito de Marracuene; a Noroeste e Oeste, o Município da Matola; a Oeste, o distrito de Boane e, ao Sul, o distrito de Matutuíne, como podemos ver na Figura 3. É a capital e a principal cidade moçambicana, como também é capital de Maputo Cidade³⁹. Tem estatuto especial de entidade municipal separada. Confina com a Província de Maputo⁴⁰ e com sua capital provincial, Matola, que foi separada da cidade de Maputo em 1987, mas efetivamente faz parte do “grande Maputo”, enfatizam Paulo, Rosário e Tvedten (2008).

³⁸ Maputo é chamada de Cidade das Acácias pelo fato de grande parte das suas principais avenidas e ruas terem na calçada acácias para sombra plantadas.

³⁹ Designação usada em termos provinciais e para evitar confusão com a Província de Maputo/Maputo Província.

⁴⁰ Comumente chamada de Maputo província.

Figura 3. Mapa da Província de Maputo



Fonte: <http://www.visitmozambique.net/pt/Provincias/Maputo/Mapa>

A Cidade constitui administrativamente um município com governo eleito e tem também, desde 1980, o estatuto de província. Não deve ser confundida com a província de Maputo que ocupa a parte meridional do território moçambicano, excetuando a Cidade de Maputo. A Cidade tem uma área de 347,69 km² e uma população de 1.094.315 habitantes, de acordo com o último RGPH (2007), fato que representa um aumento de 13,2% em 10 anos (CONSELHO MUNICIPAL DE MAPUTO, 2013). O quadro seguinte apresenta resumidamente alguns dados demográficos da Cidade de Maputo, tendo como ano base 2011.

Quadro 2: Dados demográficos resumidos da Cidade de Maputo.

| Anos | Total | Homens | Mulheres |
|---|-----------|---------|----------|
| 2011 | 1.177.798 | 573.047 | 604.751 |
| 2012 | 1.205.358 | 586.456 | 618.902 |
| 2013 | 1.233.424 | 600.111 | 633.315 |
| 2014 | 1.261.976 | 614003 | 647.973 |
| | | | |
| Designação | 2011 | | |
| Taxa anual de crescimento natural (%) | 1.30 | | |
| Taxa bruta de natalidade (por mil) | 24.60 | | |
| Taxa bruta de mortalidade (por mil) | 9.60 | | |
| Taxa de mortalidade infantil (por mil) | 55.80 | | |
| Esperança de vida (em anos) | 54.30 | | |
| Taxa global de fecundidade (nº de filhos) | 2.65 | | |

Fonte: Elaborado pelo autor. Adaptado de Conselho Municipal de Maputo (2013).

A Cidade de Maputo está dividida em sete distritos municipais, que se encontram, por sua vez, divididos em bairros. Abaixo dos níveis municipais, central e distrital, ainda administrativamente, cada bairro tem um Secretário de Bairro (apontado *de fato* pelo partido no poder)⁴¹, normalmente com um assistente (Secretário Adjunto) e uma pessoa em funções de apoio. Cada bairro é ainda dividido em quarteirões de 50 a 100 Agregados Familiares (AF)⁴². Ao nível dos bairros, os recursos disponíveis para intervenções de desenvolvimento são muito limitados, e a função principal das instituições comunitárias parece ser a mobilização popular (PAULO; ROSÁRIO; TVEDTEN, 2008).

⁴¹ Este e outros aspectos são apontados como concorrentes para o fato de existir uma partidização do Estado moçambicano.

⁴² Em Moçambique, se considera AF a pessoa singular ou grupo de pessoas ligadas ou não por laços de parentesco, que vivem na mesma casa, partilham alimentação e maior parte das despesas. No país, o tipo de AF predominante é o alargado, isto é, inclui outros parentes, para além da mãe, pai e filhos (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2012).

É nesta ação de mobilização popular que os moradores dos bairros acabam criando Organizações Comunitárias de Base (OCB), procurando, na sua grande maioria, colmatar as insuficiências em nível dos governos Central e Municipal. É neste processo que surge a Associação Hixikanwe (AH), associação na e com a qual tivemos apoio para fazermos as nossas entrevistas. Suas atividades procuram servir como suporte e mitigação dos efeitos do HIV e SIDA em nível dos bairros periféricos de um dos distritos municipais da Cidade de Maputo.

Como vimos atrás, a população urbana⁴³ em Moçambique não é mais que 32%, sendo que dos aproximadamente 1.3 milhões de habitantes da Cidade de Maputo, 53% eram definidos como pobres. A grande maioria reside em áreas congestionadas semiformais ou informais, ou bairros *periférico-suburbanos*. O país assiste uma crescente urbanização que, no entanto, é acompanhada com a urbanização da pobreza, sendo que a redução da taxa de pobreza foi menor nas áreas urbanas do que nas áreas rurais e a pobreza está aumentando na principal cidade do país, a Cidade de Maputo (PAULO; ROSÁRIO; TVEDTEN, 2008). Esse fato ocorre mesmo que, em termos provinciais, a Cidade de Maputo seja das cidades que têm menor taxa de incidência da pobreza (Cf. Figura 2).

De acordo com os dados do IOF (2008/09) para a região Sul do país, Maputo Província e Maputo Cidade, em relação às outras províncias, eram as áreas com maior percentagem de AF que afirmaram que era muito pior a sua condição econômica em cerca de 46,0% e 54,0% de pobreza respectivamente, sendo a Maputo Cidade a mais elevada, nesse sentido, não só da região assim como do país (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2011).

Com o estatuto de cidade capital do país, Maputo concentra o Governo Central, todas as instituições ministeriais, instituições do Governo da Cidade de Maputo e do Município com o mesmo nome e, também, as sedes das principais instituições privadas, bem como das embaixadas e consulados estrangeiros. Assim, com o estatuto de capital política e econômica, a Cidade de Maputo, como a maioria das capitais do mundo, pela sua dinâmica urbana, social, econômica e até cultural constitui um centro de atração populacional. Decorrente disso, assistimos hoje uma sobrelotação da cidade, fato que influencia nos focos de pobreza urbana que a caracterizam atualmente.

⁴³ A capital do país, Cidade de Maputo, acolhe 17% da população urbana do país (INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE, 2010).

De uma maneira geral, a Cidade de Maputo tem registrado um aumento do fosso entre ricos e pobres, deixando a população mais exposta a situações de risco. O fenômeno de pobreza urbana que se traduz num elevado índice de desemprego, agravado pelo êxodo rural e o aumento do movimento migratório, sobretudo da população jovem à procura de um aparente bem estar, o aumento da criminalidade, de residentes da e na rua, relacionado com a mendicância, são alguns dos fatores que põem os cidadãos numa situação de permanente vulnerabilidade socioeconômica e física (CONSELHO MUNICIPAL DE MAPUTO, 2013), sendo que a maior incidência da vulnerabilidade é sobre as mulheres e crianças órfãs e, na atualidade, o HIV e SIDA vem agravar essa situação.

De acordo com o Programa Mundial da Alimentação (2008), os AF das áreas urbanas estão mais vulneráveis ao aumento dos preços que as áreas rurais, produtoras de alimentos e, mesmo a grande maioria da população sendo rural, a insegurança alimentar urbana é um problema relevante, já que acima de 50% da população urbana é pobre, sendo que a Cidade de Maputo tinha uma incidência de 53,6% de moradores nessa condição.

Portanto, a Cidade de Maputo atualmente apresenta cenários de pobreza urbana e, como acontece no país inteiro, as mulheres são o segmento da população onde essa característica tem maior incidência. E, como veremos no decurso do trabalho, a problemática do HIV e SIDA vem agravar os cenários vividos pelas mulheres, bem como aumentar os custos sociais na procura de melhores condições para si e seus dependentes. Esses fatos servem para criar um entendimento do que é ser mulher em Moçambique e de como as questões de gênero se manifestam no cotidiano.

Chanty (2007), explorando sobre a feminização da pobreza na África, Ásia e América Latina destaca como características comuns da feminização da pobreza os seguintes elementos: as mulheres experimentam maior incidência de pobreza do que os homens; as mulheres experimentam mais profundamente a pobreza do que os homens (por exemplo, mais mulheres são mais prováveis de sofrer pobreza extrema do que os homens); as mulheres são propensas a sofrer pobreza mais persistente do que os homens; os encargos desproporcionais da pobreza das mulheres estão a aumentar mais do que os dos homens; as mulheres enfrentam mais barreiras para elevarem-se da pobreza; a feminização da pobreza está relacionada com a feminização da chefia dos AF; AF chefiados por mulheres são os mais

pobres dos pobres; e AF chefiados por mulheres transmitem pobreza às crianças.

Neste sentido, nos parágrafos que se seguem iremos procurar contextualizar e apresentar o perfil geral das mulheres moçambicanas e como isso influencia nas relações que elas estabelecem para dar sentido às suas vidas. Igualmente, relacionado com a feminização da pobreza, iremos trazer indicadores de como a pobreza e a situação menos privilegiada das mulheres se manifesta. Esses indicadores de pobreza das mulheres e, conseqüentemente, da feminização da pobreza também influenciam para a feminização do HIV, bem como dos encargos sociais que as mulheres infetadas pelo vírus do HIV têm que enfrentar no cotidiano.

CAPÍTULO II

3 SER MULHER EM MOÇAMBIQUE: São elas atoras do seu destino ou tem o destino traçado por outros?

(...) nós mulheres afirmamos que também devemos erradicar a mentalidade que nos foi inculcada pela cultura dominante de que é próprio da mulher ser inferior, incapaz, ineficiente, de que a mulher tem de ser dependente do homem. Esta concepção paternalista e androcrática constitui a força ideológica da sociedade exclusiva e desigual em que vivemos que nos prepara para aceitarmos com fatalismo e resignação a condição de cidadãs de segunda categoria, sem capacidade para poder decidir das nossas vidas (CASIMIRO, 2005, p. 81).

Fazer pesquisa sobre uma categoria de indivíduos passa por poder enquadrá-la no universo geral do qual é parte integrante. Esse processo tem a vantagem de auxiliar na compreensão da situação em que se encontra comparativamente às outras categorias e das relações que estabelecem entre si e essas outras categorias de indivíduos. Neste sentido, vamos procurar enquadrar o que é ser mulher em Moçambique e de que depende essa condição, sendo que a questão cultural específica do país exerce enorme influência e determina a sua posição em relação a outrem, mais especificamente em relação ao homem.

A constituição de Moçambique consagra a igualdade de direitos para homens e mulheres. O país aderiu à Convenção das Nações Unidas para a Eliminação de Todas as formas de Discriminação Contra Mulheres (CEDAW); adotou a Plataforma de Beijing; aderiu à Declaração para Igualdade de Gênero em África; aderiu à Declaração de Gênero da SADC e à Carta Africana de Direitos Humanos e das Pessoas. Existem também importantes ONGs que trabalham para a igualdade de gênero, por exemplo, o Fórum Mulher, Women and Law in Southern Africa/As Mulheres e a Lei na África Austral (WLSA) e Mulher, Lei e Desenvolvimento (MULEIDE) (CASIMIRO, 2004; FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO, 2006; TVEDTEN, 2011). Portanto, existem plataformas de ação para existência de uma igualdade de gênero e melhoria das condições de vida das mulheres em Moçambique, porém, os indicadores socioeconômicos

que temos vindo apontando demonstram cenários de disparidades e desigualdades de gênero.

Historicamente a experiência dos diferentes povos no mundo tem a tendência de relegar a mulher a uma posição de inferioridade em relação ao homem, seu parceiro e/ou companheiro, como fazem questão de frisar Arnfred (2011) e Quive, Zandamela e Cabral (2004). Questão esta que para Meillassoux (1977, p. 125) “não é natural, (...) resulta de circunstâncias históricas variáveis, sempre ligadas às suas funções de reprodutoras”, no entanto, como as relações de gênero se manifestam variam de cultura para cultura.

Em Moçambique as questões socioculturais, ligadas à tradição, questões educacionais, empregatícias e de participação em órgãos de decisão jogam um papel importante para se compreender, historicamente e atualmente, o que é ser mulher e a posição em que ela se encontra comparativamente ao homem e, conseqüentemente, como se manifestam as relações de gênero no cotidiano moçambicano, como veremos em seguida.

3.1.1 Como a cultura e tradição traçam o destino das mulheres moçambicanas

Um dos aspectos socioculturais e da tradição moçambicana que definem o posicionamento das mulheres na sociedade são os sistemas de organização familiar, nomeadamente patrilinear (Sul do país) e matrilinear (Norte e Centro do país). Estes dois sistemas ditam as formas como as mulheres e homens são socializados e, conseqüentemente, as posições de cada um na sociedade. São também aspectos culturais relevantes e parte da tradição o *lobolo*⁴⁴, a poligamia, casamentos prematuros, ritos de iniciação e rituais de purificação das viúvas pelo país todo.

Entender como se estruturam as relações de gênero em Moçambique e a situação social e econômica das mulheres e dos homens passa por articular questões culturais, históricas e políticas como apontaremos em seguida. Segundo Bergh-Collier (2007), as organizações sociais em linhagens patrilineares e matrilineares são mecanismos culturais que influenciam nas posições relativas das mulheres e homens na sociedade e, também, definem a distribuição dos bens econômicos e recursos produtivos.

⁴⁴ Lobolo, forma de casamento tradicional, onde a família do noivo passa uma compensação à família da noiva. Explicaremos melhor adiante.

Nas sociedades matrilineares a descendência é através da linhagem materna, sendo que os bens passam de geração em geração através dos familiares da mãe, permanecendo deste modo na linha sanguínea. Aqui a posição da mulher é relativamente fortalecida porque, após um divórcio, a casa e os filhos continuam fazendo parte da família da mulher, conferindo-lhes alguma vantagem. Contudo, mesmo elas sendo um elemento chave, não significa que detenham o poder formal, porque o poder está investido no irmão da mãe (tio materno) que detém o direito de distribuir os bens e recursos. O *lobolo* ou casamento tradicional não é prática característica deste sistema de organização familiar (ARNFRED, 2011; TVEDTEN, 2011; BERGH-COLLIER, 2007).

Contrariamente às sociedades matrilineares, nas sociedades patrilineares a descendência é através da linhagem paterna. Aqui o casamento é mais vinculativo e o divórcio mais difícil e complicado para as mulheres, sendo que os filhos⁴⁵ e os bens ficam com o marido e, em caso de morte do marido⁴⁶, com a família do marido. No que diz respeito ao divórcio, a mulher simplesmente pode ser mandada embora, principalmente quando do casamento não resultam filhos. Neste sistema de organização familiar, o *lobolo* é um aspecto característico e marcante, que vincula a mulher ao seu marido e à família do marido. Ao contrário das sociedades matrilineares, a mulher é quem deixa a sua família para viver com a família alargada do marido⁴⁷, por uns tempos, alegadamente para poder ser avaliada nas lidas domésticas e, depois, pode passar a viver somente com o marido, caso este tenha casa própria (ARNFRED, 2011; TVEDTEN, 2011). É fato comum que as famílias residam em largos pedaços de terra, em que os filhos recém-casados tenham a possibilidade de erguer uma casa ou quarto isolado da família principal. Aqui, podemos destacar que depois da independência a terra passou a

⁴⁵ Atualmente elas tendem a ficar com as crianças mais novas ou mesmo com todas, fato que vem da nova lei da família.

⁴⁶ Algumas viúvas nas sociedades patrilineares são expulsas da casa quando o marido morre, sendo que os bens devem ser conservados em benefício da linha patrilinear do falecido, reforça Bergh-Collier (2007).

⁴⁷ Tempos atrás, quando a onda de migração para África do Sul, procurando trabalho era maior, as mulheres ficavam no seio da família alargada do seu esposo. Isso acontecia também se este tivesse que trabalhar em outras regiões do país. No entanto, essa prática de deixar a mulher no seio da família alargada do marido tende a diminuir nos dias de hoje, mas em alguns casos a mulher acaba se sujeitando a receber ou a sogra, a cunhada ou mesmo o cunhado durante a ausência do marido.

pertencer ao Estado. Pertencendo ao Estado ela não se vende⁴⁸. Mas, os largos pedaços de terra que famílias ou grupos de famílias ocupavam, antes da independência, para habitação ou cultivo lhes pertenciam. Essas terras passam de gerações em gerações por herança, mas, atualmente há que requerer junto ao Estado o Direito de Uso e Aproveitamento da Terra (DUAT). O DUAT também é exigido quando, desses largos pedaços, os proprietários fazem um transpasse para terceiros, isto é, estes últimos devem requerer junto ao Estado esse direito.

De modo geral, as relações de gênero em Moçambique são caracterizadas pela posição subordinada das mulheres. Quer nas comunidades patrilineares, quer nas matrilineares, na medida em que os costumes se assentam em formas de controlo social que priorizam o coletivo em detrimento do individual. Nestas organizações sociais, os papéis estão definidos com base nas relações de gênero que colocam as mulheres em posições subordinadas, e as definem como detentoras da tradição e conservadoras da cultura, isto é, elas são elementos-chave nos dois tipos de comunidade, mas sem poder algum. Neste sentido, para Bergh-Collier (2007), a autonomia e emancipação das mulheres podem ser vistas como aspectos que ameaçam o âmago da estrutura tradicional, que não deixa espaço de manobra para que as mulheres sejam atoras do seu destino, relegando-as sempre a posições subalternas.

Importa realçar que a nossa área de estudo se localiza na região do país onde o sistema de organização familiar é de descendência patrilinear. No entanto, esta questão não é que constitui matéria de análise nos nossos dados, mas influencia de algum modo para perceber a situação das mulheres infetadas pelo HIV.

É nas sociedades patrilineares em que o *lobolo*⁴⁹ é mais incidente, e continua sendo uma prática muito importante e tem significantes implicações para as relações entre as mulheres e os homens, aponta Tvedten (2011). Aqui a situação subalterna e subjugada da mulher é marcante e, para o homem, atua como um mecanismo de dominação, isto é, o *lobolo* é “um reforço da inferioridade da mulher e da desigualdade de gênero” (SANTANA, 2009, p. 95). Em que consiste esta prática? O *lobolo*:

Tem as suas raízes na forma de organização das sociedades *tradicionais*, a partir das quais a

⁴⁸ Isto somente se manifesta teoricamente, porque existe um negócio ilícito de venda de terra.

⁴⁹ Para Arnfred (2011), o *lobolo* tornou-se algo moderno e se encontra espalhado pelo país todo, principalmente na região urbana.

família desempenhava um importante papel nas relações sociais e na produção econômica do coletivo, tendo como eixo principal a produção familiar. Assim, o casamento constituía uma instituição significativa porque era por ele que se garantia a produção agrícola e a geração da descendência. Neste sentido, as mulheres cumpriam um papel central nessas sociedades. O matrimônio, portanto, representava um acordo realizado entre dois grupos familiares sob jurisdição do chefe da linhagem, mas a saída de uma das mulheres da família para o casamento exigia, da família do noivo, uma compensação que deveria ser paga à família da noiva, sendo essa quantia utilizada posteriormente para o casamento do seu irmão (Ibid., p. 83-84).

Ainda atualmente, integra-se como parte fundamental dos rituais simbólicos de casamento e consiste na entrega por parte da família do noivo à família da noiva, de gado⁵⁰, dinheiro⁵¹, entrega de roupas, um terno para o pai da noiva, duas capulanas⁵² para mãe da noiva e outra para avó, e bebidas (garrafão de vinho) e outros bens⁵³, antes da realização da cerimônia do casamento ou da ida da noiva para a casa dos parentes do marido. Simbolizando, assim, a união entre as duas famílias. Casamentos sem *lobolo* eram, e ainda são em algumas comunidades, considerados ilegítimos (LOFORTE, 2003; ZAMPARONI, 1998). No entanto, há famílias que acrescentam caixas de cerveja, caixas de refrigerante e até peças de roupa para outros familiares e, quando os pais da noiva já são falecidos, podem servir para os tios maternos e paternos, irmãos mais velhos, etc. Outro aspecto que podemos destacar é que, atualmente, o casal de noivos é quem procura reunir todos os quesitos

⁵⁰ A entrega de cabeças de gado, maioritariamente bovino, tanto pode prevalecer como não, isto é, varia de família para família e até de região (urbana e rural).

⁵¹ O valor em dinheiro também varia de família a família.

⁵² Palavra de origem *tsonga*, uma das etnias do sul de Moçambique, que designa um pano/tecido que as mulheres usam e que pode servir de saia, mas que com a moda dá lugar há muitas peças de roupa, bijuterias, bolsas, etc.

⁵³ Os bens e os valores monetários que a família do noivo deve levar para a casa da noiva costumam ser entregues por meio de uma carta acompanhada de uma lista, principalmente quando o noivo é apresentado à família da noiva e manifesta a vontade de se casar, indicando as datas. A lista varia de família para família.

para realizar a cerimônia de *lobolo* e que os restantes familiares somente cumprem com o ato “burocrático” da cerimônia.

Atualmente, este acordo entre os familiares dos noivos se mantém. Nele participam os tios dos noivos. Variando de família para família a quantia monetária, fruto da troca, tanto pode servir para o posterior *lobolo* do irmão da noiva, como não. Antigamente este acordo tinha uma dimensão simbólica em que a troca não envolvia valores monetários. Mas, principalmente, com o início da migração, procurando trabalho, para África do Sul dá-se o início da monetarização deste processo e, conseqüentemente, o *lobolo* como meio de compra e venda da noiva. No entanto, há que destacar que o valor em dinheiro estipulado varia de família da noiva para família da noiva. Segundo Santana (2009), é da visão desta prática como compra das mulheres que faz com que elas sejam vistas como propriedades privadas dos maridos, que passavam a *escravizá-las* e explorá-las na sua capacidade produtora e reprodutora. Assim, as mulheres são elementos-chave no *lobolo*, mas somente como moeda de troca.

Esta transferência da mulher por via do *lobolo*, para reforçar o que Santana (2009) destacou atrás, torna-a propriedade do homem e legitima a autoridade sobre ela, constitui um mecanismo de dominação masculina e de estabelecimento do poder marital, contribuindo para aumentar a precariedade da condição das mulheres (ARNFRED, 2011; NAMBURETE, 2009; TVEDTEN, 2011; ZAMPARONI, 1998). Assim, o *lobolo* é um ato que define a situação das mulheres e dos homens, bem como estrutura as posições e como as relações sociais entre os dois passam a ser estabelecidas, vislumbrando-se manifestações de poder dos homens para com as mulheres, em nome da cultura e da tradição.

Em Moçambique, para além do *lobolo*, quer nas comunidades patrilineares, quer nas matrilineares, existem outras práticas que em nome da cultura e tradição reforçam a condição de subalternas e submissas das mulheres. Essas práticas permitem vislumbrar também as problemáticas desigualdades de gênero de que as mulheres são vítimas. Podemos apontar, por exemplo, a *poligamia* que é um sistema de organização familiar em que um homem tem várias esposas ao mesmo tempo e, como em outros países africanos, é praticada independentemente da religião, origem étnica ou do nível socioeconômico das pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICFI, 2013). Os *ritos de iniciação* que educam as mulheres a serem esposas obedientes, submissas e como agradar aos seus maridos ou homens. Algumas comunidades praticam o *levirato*, uma prática que estabelece o casamento da viúva com seu

cunhado, para continuar a pertencer à família do marido. Existe também o *Kutchinga* (Sul do país) e *Pitakufa* (Centro do país), ritual que obriga a viúva a manter relações sexuais com o irmão mais novo do marido falecido, acreditando-se que o ato purifica a viúva e a casa evitando com que um mal caia na família. As mulheres também são acusadas de feiticeiras e acusadas de terem causado a morte dos maridos. Em certos casos, quando o marido morre, são expulsas da casa e não lhes é reconhecido nenhum direito sobre os bens e/ou filhos. Estes casos são mais comuns nas zonas rurais onde a maioria das mulheres reside e não tem acesso à justiça (MONTEIRO, 2011; NAMBURETE, 2009).

Estas práticas culturais e tradicionais nocivas para as mulheres moçambicanas, em sua maioria, vêm sendo praticadas antes, durante e depois da colonização. No entanto, o nível de aceitação e negação das mesmas variava e tem variado. Antes da colonização, a aceitação era como parte da tradição dos povos indígenas, mas durante a colonização eram vistas como práticas “selvagens” e prejudiciais para as mulheres. Decorrente dessa negação, o governo saído da independência teve como uns dos desafios a melhoria das condições das mulheres, principalmente depois destas terem feito parte da LALN, sendo que essa participação é também importante para perceber o que é ser mulher em Moçambique.

Um dos principais aspectos da participação das mulheres na LALN⁵⁴ tem a ver com o papel que elas tinham nesse período, principalmente com a criação do *Destacamento Feminino*, em 1966, como um “braço” armado da FRELIMO. Mais tarde suplementada com a criação de uma organização não militar feminina, a Organização da Mulher Moçambicana (OMM)⁵⁵, em 1973, como forma de integrar as mulheres na vida política, econômica, social e cultural do país. Esses aspectos são importantes para indicar que o processo de envolvimento das mulheres em questões políticas acontece mesmo antes da independência de Moçambique. A maioria dessas organizações tinha como função informar e mobilizar os camponeses quanto as intenções da FRELIMO e da guerra, incentivá-los a cultivar para alimentar o exército, transportar armamento e outros bens por longas distâncias e a

⁵⁴ Devido ao aspecto de inclusão das mulheres na guerrilha, segundo Casimiro (2004), a FRELIMO foi, talvez, dos poucos movimentos nacionalistas, no continente Africano, que defendeu que a emancipação da mulher deveria ocorrer em simultâneo com a luta pela libertação do jugo colonial.

⁵⁵ Atualmente considerada uma organização do partido FRELIMO, joga um importante papel na mobilização do eleitorado nas campanhas e nos pleitos eleitorais.

pé, em suas cabeças, que eram usados durante as incursões militares. Mas, houve mulheres que igualmente com os homens pegaram armas para combater o colonialismo e, posteriormente, participaram na guerra civil (ARNFRED, 2011; CASIMIRO, 2005).

No período da LALN, segundo Casimiro (2004), nas zonas libertadas, a divisão do trabalho não mudou, continuando as mulheres a preparar a alimentação e a realizar o trabalho doméstico. Fato que pode servir para questionar o quão as mulheres eram vistas como iguais aos homens durante a LALN. No entanto, depois da independência, “a mulher é percebida e representada, em primeiro lugar, pelo seu papel de mãe”, destaca Loforte (2003, p. 54). Assim, a condição das mulheres como atoras invisíveis e pouco consideradas é algo historicamente perpetrado em Moçambique. Aqui, podemos vislumbrar, também, que as mulheres não eram livres da dupla jornada de trabalho durante os momentos anteriores e posteriores à independência nacional.

Mesmo essa condição da mulher ter prevalecido, há que considerar que é depois da independência que mais ficou clara a intenção do governo da FRELIMO de reduzir o impacto na vida das mulheres das práticas culturais e tradicionais nocivas, que apontamos anteriormente. Essa atitude do governo saído da independência vislumbra novas perspectivas sobre a questão de gênero e das condições das mulheres e dos homens na sociedade, isto é, um novo olhar sobre os determinantes das formas de ser mulher e homem. Assim, a pretensão da FRELIMO de colocar fim a essas práticas discriminatórias e nocivas veio por meio de *slogans* como, por exemplo, *abaixo*⁵⁶ *lobolo*⁵⁷, *abaixo poligamia*, *abaixo ritos de iniciação* (ARNFRED, 2011) para eliminar a situação de oprimidas em que se encontravam as mulheres.

Esta forma de querer colocar fim a esses males foi característica do governo de índole popular que foi o da FRELIMO, nos primeiros anos depois da independência. Estes *slogans* eram predominantes nos discursos que Samora Machel, primeiro presidente de Moçambique independente, proferia nos comícios em que se apresentava. Os *slogans* que muito cativavam a população passam a ser prática presente no cotidiano moçambicano e, com eles, a expressão de formas de vida, aproximando o governo do povo. Além dos *slogans* para colocar fim às práticas acima mencionadas, o uso do termo *abaixo* foi também

⁵⁶ Entenda-se “abaixo” como se designasse fim a esses males.

⁵⁷ Segundo Santana (2009), a não aceitação do casamento *lobolado* por parte da FRELIMO e o incentivo ao casamento civil culminou com a criação do Palácio dos Casamentos.

marcante nos discursos políticos contra a corrupção (*abaixo* corrupção), contra o exército da RENAMO (*abaixo* bandidos armados⁵⁸), etc.

No entanto, os aspectos que trouxemos aqui não são diretamente abordados na nossa pesquisa, mas a breve referência que fizemos ajuda a entender como o ser mulher, o ser homem e as relações de gênero em Moçambique são atravessados por questões socioculturais.

3.1.2 Mulher moçambicana: educação, emprego e participação em órgãos de decisão

Complementando os aspectos abordados atrás, a situação e a condição da mulher em Moçambique estão também relacionadas com a sua escolaridade, seu vínculo empregatício e sua presença nos fóruns de poder e de tomada de decisão, comparativamente ao homem. Assim, esses aspectos também são decorrentes de como as mulheres e os homens são socializados e como se manifestam as relações de gênero, bem como qual é o cenário do país rumo à igualdade de gênero. Estes aspectos, que procuraremos detalhar em seguida, também servem para situar o país quanto ao IDH, que, como atrás apontamos, era dos piores do mundo, mas, também desagregado o IDH é possível situar o país quanto ao Índice de Desigualdade de Gênero (IDG), revelando que o país continua pobre em todos os termos e também quanto à igualdade de gênero.

No que diz respeito ao IDG⁵⁹, o país fez alguns progressos nas áreas de representação política, educação e saúde. Mas, segundo Tvedten (2011), a posição socioeconômica das mulheres permanece fraca e com grandes variações entre as diferentes regiões do país em áreas chave como emprego, produtividade agrícola, rendimento, abuso sexual e outros tipos de violações. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2013), em termos regionais, as maiores disparidades de gênero estão na Ásia do Sul (0,568), na África

⁵⁸ Designação usada durante e depois a guerra civil para fazer referência ao exército da RENAMO. Infelizmente, atualmente se usa essa designação, de forma pejorativa em minha opinião, quando se faz menção ao agora maior partido da oposição em Moçambique, a RENAMO.

⁵⁹ Este índice mede a perda de realização pessoal devido à desigualdade de gênero atendendo a três dimensões: saúde reprodutiva, capacitação e participação no mercado de trabalho. Quanto maior o IDG, maior é a discriminação (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

Subsaariana (0,577) e nos Estados Árabes (0,555). Assim, a região do globo onde Moçambique se encontra tem o maior IDG, que resulta das altas taxas de mortalidade materna, fertilidade adolescente mais elevada e enormes lacunas no desempenho escolar. Estes fatos colocam Moçambique na posição 144 da classificação do IDG, com um valor de 0,582 no ano de 2012 e acima da média regional (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013). Estes dados indicam que o país ainda tem um longo caminho por percorrer no que diz respeito à igualdade de gênero de modo a melhorar a sua classificação no *ranking* mundial e, consequentemente, melhorar as condições e o mundo da vida das mulheres.

A educação é um dos alicerces para reversão das desigualdades de gênero, uma vez que com ela as mulheres podem aceder aos domínios político, econômico e social, bem como disporem de um capital social para melhorar a sua situação quer de barganha, quer de posicionamento inferior e subalterno em relação ao homem. Em termos de escolaridade, como apontamos atrás, as mulheres moçambicanas são mais analfabetas que os homens, com uma taxa de 63.9% de analfabetismo. Para a Fundação das Nações Unidas para a População (2006), este alto índice de analfabetismo está relacionado com a questão da desigualdade de gênero e, consequentemente, de oportunidades por parte das mulheres.

De forma geral, às mulheres são as maiores beneficiárias de programas de alfabetização e são as que mais aparecem nos Centros de Alfabetização de Adultos (CAA). Os dados apontam que os índices de alfabetização são maiores na região Sul do país, comparativamente às restantes regiões (Centro e Norte) (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2011; REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, 2010). Este fato decorre de a região Sul do país dispor de melhores infraestruturas sociais e de acesso menos problemático, por exemplo, às escolas.

Ainda relacionado com a escolaridade feminina, devido aos vários fatores, entre eles casamento e gravidez prematura, as mulheres são as que maiores índices de evasão escolar têm. Este aspecto não só reflete nos IDH e IDG, como também nas violências que as mulheres são sujeitas. Outro aspecto que diz respeito à escolaridade feminina e com a melhoria da sua situação em Moçambique, é a questão do acesso ao nível superior de educação. Neste aspecto, há que destacar que o acesso ao ensino superior tende a melhorar na medida em que a expansão de universidades/institutos superiores públicos e privados têm tendência a aumentar e estão presentes em todas as províncias do país. Contudo, além de serem as menos alfabetizadas, as mulheres são o

segmento da população que menos acesso têm ao ensino superior, sendo que em 2010, comparativamente aos homens, as mulheres representavam somente 39.7% do total dos matriculados no ensino superior. Para o mesmo ano, representavam 44.9% dos que tinham a graduação concluída (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2012).

No que diz respeito ao vínculo empregatício, isto é, nas áreas ou setores de atividade onde as mulheres tendem a estar exercendo alguma atividade remunerada e/ou em maior presença, podemos vislumbrar que a situação delas é precária e problemática. No entanto, quando apontamos que a agricultura é a principal atividade econômica exercida pela maioria da população e em todo país, não se quis dizer que são as mulheres que exercem mais esta atividade de forma remunerada. A agricultura proporciona rendimento e emprego a 80% da população moçambicana, mas somente 20% das mulheres neste setor são assalariadas. No entanto, mesmo proporcionando segurança alimentar ao AF, não é nada vantajoso para as mulheres porque a produtividade delas é mais baixa que nos outros setores e é uma agricultura de subsistência (BERGH-COLLIER, 2007; KLAVEREN ET al., 2009; TVEDTEN, 2011). Esta forte presença das mulheres neste setor leva à feminização da atividade, não somente por elas serem a maioria no setor, mas também porque os homens tendem a fugir desta atividade em favor de atividades mais bem remuneradas. Neste aspecto, o setor industrial⁶⁰ que requer treinamento especializado, que as mulheres não dispõem, atrai mais os homens.

Para Bergh-Collier (2007), a participação das mulheres na agricultura restringe a participação em outros programas tais como alfabetização de adultos, educação cívica e desenvolvimento empresarial, etc. Isto é, o se dedicar à agricultura por parte das mulheres pode impedi-las que se dediquem a atividades que melhorem o seu capital social, além do fato de que elas incorporam igualmente o cuidado do lar e dos filhos e, para as mulheres que entrevistamos, tudo se agrava porque ainda têm que cuidar de sua saúde.

Além da forte presença das mulheres no setor agrícola em Moçambique, elas igualmente são atraídas para o setor informal da

⁶⁰ Aqui há que fazer referência que o país tem atraído investimentos na indústria transformadora e extrativa com participação de capital estrangeiro, por exemplo, na produção de aço, extração e exploração de carvão, gás natural, areias pesadas, etc., requerendo trabalho especializado e, conseqüentemente, excluindo as mulheres deste setor de atividade econômica.

economia, que muitas vezes apresenta a característica de autoemprego. Assim, segundo Tvedten (2011), para entender a situação econômica da mulher⁶¹ em Moçambique, há que ter em conta a sua posição e papel na agricultura e na economia informal como aspectos centrais. Em certos momentos, existe uma relação entre o setor informal e a agricultura, quando as mulheres usam alguns dos produtos da *machamba*⁶² para venda nos mercados informais. De acordo com o primeiro inquérito ao setor informal, realizado até então, em 2004, as mulheres, tanto no meio rural, como no meio urbano, são o maior grupo exercendo atividades neste setor (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2006). Contudo, há pessoas que se envolvem no setor informal como atividade principal e outros como complemento ao emprego formal.

Se as mulheres é que são as menos escolarizadas, estão em maior número no principal setor de atividade econômica do país, a agricultura, e têm a tendência de constituírem o grupo que majoritariamente está no setor informal de atividade, elas dificilmente chegam ou chegarão ao setor público de atividade e aos órgãos de tomada de decisão com presença forte. Estes aspectos também, além das questões culturais e tradicionais que apontamos antes, agravam a condição e situação de vulneráveis das mulheres.

Contudo, por mais que a situação do país não seja das piores em África, a presença feminina na função pública e nos órgãos de decisão não acompanha a presença masculina. O quadro seguinte aponta a evolução em percentagem da presença feminina nos órgãos de poder e de tomada de decisão no país. No entanto, quer em Moçambique, quer em outra parte do mundo, para Paulilo (2000), maior participação política das mulheres ainda não significa conquistas no mercado de trabalho e não elimina a segregação quanto aos tipos de empregos e níveis de salários se comparado aos homens.

⁶¹ Para Loforte (2003), a entrada das mulheres no setor informal constituiu suprimimento do magro orçamento familiar, mas também emerge como uma estratégia para ganhar influência social e constitui uma luta e resistência contra a ideologia do poder patriarcal que relega as mulheres à domesticidade e à vida familiar. Há que ter em conta que a questão da domesticidade e da vida familiar faz com que elas entrem para os números das pessoas economicamente inativas.

⁶² *Machamba* é a designação usada em Moçambique para o local onde se exercem atividades agrícolas, que podem ser de pequena ou média dimensão. Para uma simples designação, entenda-se *machamba* como horta de produção familiar.

Quadro 3: Percentagem de homens e mulheres nos órgãos de poder e de tomada de decisão (2003-2010)

| Descrição | 2003/4 | | 2008 | | 2010 | |
|---|--------|-------|------|------|------|------|
| | %M | %H | %M | %H | %M | %H |
| Órgão Executivo-Governo | | | | | | |
| Ministras (os) | 15.3 | 84.7 | 25.9 | 74.1 | 28,5 | 71.5 |
| Vice Ministras (os) | 16.3 | 83.7 | 31.5 | 68.5 | 19,0 | 81.0 |
| Governadoras (es) | 0.0 | 100.0 | 18.1 | 81.9 | 27,2 | 72.8 |
| Secretárias (os) Permanentes Ministeriais | 11.7 | 88.3 | 31.5 | 68.5 | 24 | 76 |
| Secretárias (os) Permanentes Provinciais | | | 45.4 | 54.6 | 45,5 | 54.5 |
| Administradoras | | | 20.3 | 80.7 | | |
| Chefes de Postos Administrativos | | | 11.0 | 89.0 | | |
| Directoras (es) Provinciais | 8.4 | 91.6 | 20.7 | 79.3 | | |
| Órgão Legislativo | | | | | | |
| Deputadas (os) | 28.0 | 72.0 | 38.2 | 61.8 | 39.2 | 60.8 |

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2012).

Os dados que constam do quadro acima mostram que, em Moçambique, os homens controlam majoritariamente as posições de poder e influência nacional e localmente. Isto, associado aos outros fatores socioeconômicos, culturais e tradicionais vislumbra-se situações em que a maioria dos esforços de desenvolvimento ignora o potencial da contribuição social e econômica da mulher e, consequentemente, falham na mobilização e aproveitamento dos benefícios do recurso humano que constituem, na medida em que a desigualdade de gênero é reconhecida como fator perpetuador do subdesenvolvimento e da pobreza das mulheres. Assim, a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres são fundamentais para o desenvolvimento. Contudo, quando os indicadores básicos de desenvolvimento humanos são desagregados por sexo fica claro que muitas mulheres, em Moçambique, estão em desvantagem comparando aos homens, isto é, pouco participam no desenvolvimento social, econômico e político do país, bem como em seu desenvolvimento pessoal (BERGH-COLLIER, 2007; QUIVE; ZANDAMELA; CABRAL, 2004; FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO, 2006).

Os dados estatísticos que temos procurado apresentar ao longo da pesquisa deixam evidente como são as assimetrias entre mulheres e homens no que diz respeito aos níveis socioeconômicos. E, consequentemente, indicam a situação e condição da mulher

moçambicana e como a pretensão da equidade de gênero se encontra no país, mesmo que tenha vários instrumentos e mecanismos nacionais e internacionais disponíveis com vista a alterar o atual cenário de desigualdade de gênero.

Depois desta tentativa de situar ao leitor o que é ser mulher em Moçambique, é possível traçar um breve quadro de situação das mulheres que nós entrevistamos, na medida em que elas se encontram no grupo das menos privilegiadas em termos socioeconômicos. Elas estão também em situação de subordinação e dependência masculina e, conseqüentemente, vulneráveis a vários cenários de violência baseada no gênero, incluindo a vulnerabilidade de infecção pelo HIV e SIDA e dos efeitos decorrentes dessa infecção. Por isso Glugman (2002) enfatiza que, do mesmo modo, a pobreza ou marginalização, por razões similares, podem aumentar a vulnerabilidade para problemas de saúde. Isto é particularmente verdade, porque aqueles que são marginalizados ou discriminados tem tendência em ter saúde mais frágil, acrescenta.

Pretensões de alterar e melhorar, historicamente, as condições e situação das mulheres desencadeou o surgimento de movimentos de manifestação e de luta em prol da causa feminina e de sua dignidade. Portanto, esta questão igualmente desencadeou e tem desencadeado pesquisas e reflexões teóricas. Assim, nas páginas que se seguem vamos fazer um enquadramento do enfoque de gênero e saúde, bem como procurar deixar claro como essa questão é trabalhada no nosso texto e como nos ajudará a ler os nossos dados.

3.2 GÊNERO E SAÚDE COMO REFERENCIAL DE ANÁLISE: gênero, vulnerabilidade e feminização em tempos de HIV, categorias que se comunicam

Na atualidade das ciências sociais e humanas, a imersão no conhecimento, análise, compreensão e explicação das questões de saúde e doença, não constituem um fenômeno surpresa, estando já consagrada como campo intelectual de relativa importância, que dialoga com a biomedicina, e onde a interdisciplinaridade é um aspecto marcante na academia. Para Alves e Rabelo (1998), este explosivo interesse das ciências sociais e humanas pelas questões relativas à saúde, mesmo sendo um fato digno de observação, não é um fenômeno que simplesmente pode ser considerado como efeito de uma moda intelectual, mas sim afirmação de um campo de conhecimento de aspectos que somente diziam respeito à biomedicina. Neste campo de conhecimento, questões como a experiência e vivência propiciada pela

doença, bem com as causas, influências e consequências sociais do processo saúde e doença são algumas das temáticas que têm desencadeado pesquisas e reflexões por parte das ciências sociais e humanas.

O fato de estar doente é fortemente comunicado não só pelo trânsito dos doentes pelas instituições de saúde, mas, em grande parte, pela *rede social* composta por grupos de convívio em torno do trabalho, escola, círculos familiares e de amigos, círculos de vizinhança, entre outros, presentes no cotidiano desses indivíduos. Neste mundo da vida, de acordo com Castellanos e Nunes (2005), os indivíduos lidam com diferentes rumos e implicações das doenças na vida cotidiana, assim como com os processos de adaptação e reorganização das atividades, hábitos e expectativas diante da condição de saúde, ou mesmo as estratégias para lidar com os possíveis estigmas gerados em torno de determinadas doenças, no caso específico do nosso estudo, do HIV.

Procurando chamar atenção para questões de gênero no campo da saúde, a OMS passou desde 2007 a incorporar as relações de gênero nos seus trabalhos. Isso parte do reconhecimento das diferenças biológicas entre mulheres e homens, bem como do fato de a sociedade lhes atribuir diferente papéis, responsabilidades, posições na família e na comunidade. Estes fatos, para a OMS, afetam os riscos que ambos os sexos correm e são expostos, bem como os esforços para melhorar a sua saúde e como o sistema de saúde responde às suas necessidades. Podendo também ter implicações para as causas, consequências e gestão das doenças e problemas de saúde. A aproximação entre gênero e saúde começa com o reconhecimento destas diferenças. Por isso, há que integrar questões de gênero como determinantes de saúde para o desenvolvimento de políticas, serviços de saúde, alocação de recursos, projetos, planejamento de programas, monitoria e execução dos mesmos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Estamos diante de aspectos em que a questão da saúde e doença dos indivíduos afeta a convivência cotidiana, as relações e contatos sociais que esses indivíduos ou grupos de indivíduos desencadeiam para dar sentido ao mundo da vida do qual estão e/ou são parte integrante. Aqui, questões socioculturais e econômicas específicas influenciam o processo saúde-doença, bem como a forma de ser e estar desses indivíduos, no caso do nosso estudo, as mulheres por nós entrevistadas no que diz respeito à infecção e experiência com o HIV. Paralelamente, Ekstrom, Ragnarsson e Thorson (2004) enfatizam que as desigualdades de gênero, bem como fatores biológicos tornam as mulheres mais vulneráveis ao HIV e aos impactos sociais do vírus do que os homens.

Ao estudarmos a experiência dessas mulheres com o HIV, procuramos incorporar o conhecimento sociológico na explicação dos efeitos e consequências cotidianas que o HIV traz no mundo da vida dessas mulheres. E, como fatores culturais, tradicionais, sociais e econômicos se comunicam e influenciam na questão da saúde. Por outras palavras, queremos perceber como as questões de gênero, vulnerabilidade e feminização do HIV se manifestam no processo saúde-doença dessas mulheres. Para esses propósitos, em seguida vamos procurar conceituar as categorias gênero, vulnerabilidade e feminização do HIV e apresentar as possíveis interações entre elas, bem como com outras categorias não menos importantes para a temática que abordamos.

No entanto, há que destacar que usando essas categorias para ler a realidade que a temática suscita, elas estão do ponto de vista teórico mais ou menos interligadas, porém, não apresentaremos definições acabadas das mesmas. Faremos ajustes em função dos objetivos traçados para o estudo, na medida em que as realidades são dinâmicas e as categorias/conceitos de análise seguem-nas. E, consequentemente, a forma de pensar, ver e abordar um objeto se modifica com a dinâmica do mesmo. Imerjamos então nas categorias aqui propostas.

3.2.1 Gênero

De forma generalizada, na África Austral, e Moçambique não é exceção, as sociedades concedem papéis e responsabilidades, prevendo comportamentos e expectativas distintas para mulheres e homens. Distinção que tem implicações diretas em questões práticas, estruturais, culturais, tradicionais e fomenta a desigualdade. Na medida em que, segundo Kula (2009), as mulheres tem menos poder de participação e tomada de decisão, menor acesso aos recursos e serviços e os costumes exercem barreiras no exercício dos seus direitos. Mas, o que é que explica isto? Relações de gênero? E o que são relações de gênero?

O termo gênero como conceito, como enfoque teórico ou categoria para análise dos fenômenos sociais, começou a ser usado para fugir ao determinismo biológico na distinção dos sexos feminino e masculino, bem como para reforçar o fato de que gênero não deve ser tomado como sinônimo de mulher, mas sim algo que determina e explica as relações entre mulheres e homens. Segundo Scott (1995), mais recentemente – recentemente demais para que possa encontrar seu caminho nos dicionários ou na enciclopédia das ciências sociais – as feministas começaram a utilizar o termo gênero mais seriamente, no sentido mais literal, como uma maneira de referir-se à organização

social entre os sexos. O termo passou então a constituir uma noção relacional no vocabulário analítico.

O caráter recente do termo gênero, de acordo com Scott (1995, p. 85) “faz parte da tentativa empreendida pelas feministas contemporâneas para reivindicar certo terreno de definição, para sublinhar a incapacidade das teorias existentes para explicar as persistentes desigualdades entre as mulheres e homens”. Desigualdades essas que somente são vislumbradas nas diferentes relações e experiências sociais que mulheres e homens desencadeiam no seu mundo da vida.

Reforçando o caráter relacional, Butler (1990) aponta que o termo gênero refere em si uma relação, na verdade um conjunto de relações e não um atributo individual, isto é, o gênero é uma relação entre sujeitos – mulheres e homens – socialmente constituídos em contextos especificáveis. Este ponto de vista relacional ou contextual sugere que o gênero é sempre relativo às relações construídas. Aqui, a primazia é dada ao fato de que o gênero é uma construção social e, sendo uma construção social, pode depender de questões sociais, culturais, econômicas, etc., bem como estruturar relações sociais específicas.

Para Scott o termo gênero se refere às ideias, às instituições⁶³, às estruturas, às práticas cotidianas, aos rituais e a tudo que constitui as relações sociais. Não se refere à realidade biológica primeira, mas constrói o sentido dessa realidade. A diferença sexual não é a causa originária da qual a organização social poderia derivar, mas sim, é uma estrutura social movente, que deve ser analisada nos seus diferentes contextos históricos (GROSSI; HEILBORN; RIAL, 1998).

A definição de gênero de Scott (1995) tem duas partes e várias subpartes. Ligadas, mas deveriam ser analiticamente distintas. O núcleo essencial está na conexão entre duas proposições, a saber: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre sexos e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder. Mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre à mudança nas representações de poder, mas a direção da mudança não segue necessariamente sentido único.

Para as pretensões do nosso estudo, a proposta ou o conceito de gênero adiantado por Scott é fundamental, principalmente pelo fato de não termos entrevistado homens infetados pelo HIV e, apesar disso o caráter relacional está presente. Isto na medida em que:

⁶³ Para nossa pesquisa, a instituição da família e do parentesco é fundamental para estruturar as relações de gênero.

O termo “gênero”, além de um substituto para o termo mulheres, é também utilizado para sugerir que qualquer informação sobre as mulheres é necessariamente informação sobre os homens, que um implica o estudo do outro. Essa utilização enfatiza o fato de que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, que ele é criado nesse e por esse mundo masculino (SCOTT, 1995, p. 75).

Sendo o gênero ou as relações de gênero um aspecto determinante nas definições dos papéis/posições sociais “adequados” às mulheres e aos homens, bem como nas desigualdades que existem entre ambos, o fato de a nossa pesquisa centrar-se em mulheres HIV positivo não quer dizer que a condição e as experiências que elas perpetuam no cotidiano não tenham influência, ou não sejam consequência, do aspecto construtivo e relacional entre mulheres e homens que o conceito de gênero enaltece. Paralelamente, além de ser construído através do parentesco, o gênero também é construído na economia, na organização política, ou seja, as relações de gênero são relações sociais entre mulheres e homens que se desenvolvem dentro de contextos específicos, que mudam em resposta à alteração das condições econômicas, políticas, sociais, educacionais, ambientais e sanitárias ou de saúde (SCOTT, 1995; KULA, 2009).

Se as relações entre mulheres e homens – relações de gênero – se desenvolvem em contextos específicos, então, questões culturais específicas influenciam na estruturação dessas relações. Assim, a cultura constitui o gênero. No caso moçambicano, as questões culturais e tradicionais discriminatórias e nocivas para as mulheres, que apontamos antes, são aspectos que se deve ter em conta para analisar as relações de gênero e as consequências das mesmas para as maneiras de ser e estar na sociedade por parte dos indivíduos.

É sobre as questões de saúde, ou seja, sobre a influência das relações sociais de gênero e das desigualdades entre mulheres e homens nas experiências cotidianas das mulheres infetadas pelo HIV que refletimos neste trabalho. Aqui, é importante destacar que não faz sentido estudar a vulnerabilidade das mulheres e a feminização do HIV, desconsiderando os papéis de gênero e todas as implicações que esses têm nas relações entre mulheres e homens. Assim, as questões de gênero devem ser tomadas aqui não como questões isoladas, mas sim, como questões que determinam e dialogam com a condição de vulneráveis que

vivem as mulheres pobres que nós entrevistamos e com o aumento dos índices de prevalência pelo vírus de HIV entre as mulheres.

Para World Health Organization (2003), com a epidemia do HIV e SIDA, gênero – definido como um conjunto de crenças sociais, normas, costumes e práticas que definem atributos e comportamentos masculinos e femininos – desempenha um papel fundamental na determinação da vulnerabilidade de um indivíduo à infecção, na sua capacidade de aceder aos cuidados, apoio ou tratamento, bem como na capacidade de lidar com as consequências quando infetados ou afetados pelo vírus, como veremos no capítulo da apresentação e discussão dos resultados. Assim, gênero é um fator determinante em relação tanto aos cuidados, tratamento e apoio que mulheres e homens HIV positivos recebem, quanto os encargos e as consequências socioeconômica negativas do HIV e SIDA.

A discussão das questões de gênero é crucial para o entendimento de como, ao longo dos anos, se deu o incremento da participação feminina nos números da epidemia e traz consigo questões outras, direta e indiretamente relacionadas à vulnerabilidade, como a falta de proteção para a mulher, evidenciadas por limitações tanto nas relações interpessoais, como na condição econômica e social. Nossos dados mostram que, proporcionalmente, mais mulheres com relação conjugal estável se infetam. Tal infecção acontece principalmente através de relações sexuais, que, em última análise, são ditadas pelas relações de gênero, como apontam Nascimento, Barbosa e Medrado (2005).

Disto decorre que não só a atual dinâmica da infecção, mas também as ações de prevenção e enfrentamento, bem como de mitigação dos impactos sociais da epidemia do HIV devem ter em conta as questões de gênero, as desigualdades de poder sociais e econômicas entre mulheres e homens. Assim, segundo Aquino et al. (2003), as relações sociais fundadas nas diferenças percebidas entre os sexos contribuem para ampliar a compreensão do processo saúde-doença-cuidado. Neste sentido, a implicação de fatores socioculturais, como gênero, nas questões de saúde-doença enfatiza o papel destes fatores enquanto determinantes na saúde das mulheres e dos homens. Esses fatores também são importantes na leitura de problemas sociais relacionados com a saúde, neste caso a infecção pelo HIV, na medida em que afeta as condições sociais reais da vida dos indivíduos.

Marques (2010) é mais um autor que destaca que o gênero é um dos fatores sociais diretamente implicados nas desigualdades de saúde. A perspectiva da desigualdade de gênero procura, justamente, investir na análise da articulação das relações de gênero com a produção de

vulnerabilidades de infecção, bem como das desvantagens dos cuidados de saúde. Principalmente pelo fato das mulheres, mesmo que infetadas, continuam com as responsabilidades de gestão do lar e da sua saúde, como veremos mais adiante. Em reforço, nesta mesma linha, Villela, Monteiro e Vargas (2009) apontam que tomar o gênero como eixo transversal na pesquisa das questões de saúde é procurar evidenciar as desigualdades em saúde entre mulheres e homens, decorrentes das desigualdades de gênero.

Para as pretensões da nossa pesquisa, as relações e os papéis sociais de gênero devem ser tomados como fatores que determinam e influenciam na infecção pelo HIV das mulheres por nós entrevistadas. Esses fatores são também perpetuadores das desigualdades de saúde e dos impactos sociais que elas têm que dar conta no cotidiano. Isto é, a vulnerabilidade antes e pós-infecção pelo HIV, bem como o cenário feminizado da infecção, são questões que resultam das relações de gênero e, também, estruturam as novas formas de ser e estar pós-infecção.

Para a nossa pesquisa, o conceito “gênero” permite-nos perceber a existência de um conjunto de fatores socioculturais e econômicos que contribuem para o processo do conhecimento em torno das experiências das mulheres em face do seu estado sorológico. Este conceito não se apresenta como o espelho da realidade em análise, mas sim como um meio de interpretá-la, através das visões de mundo do nosso grupo alvo. Essas visões de mundo podem demarcar os efeitos das relações de gênero em questões de saúde, bem como tomar o campo da saúde-doença como um campo onde conflitos de gênero, estão presentes.

Tomando essa linha de pensamento, queremos destacar que as relações e os papéis sociais de gênero, mesmo que variando de contexto para contexto, de certa forma determinam a saúde e a doença das mulheres, pois influenciam seu comportamento, seus pensamentos e seus sentimentos. Consequentemente, para Botti et al. (2009), afetam as várias relações sociais em que elas se inserem no cotidiano.

Dado que as mulheres que entrevistamos são mulheres pobres, a questão das desigualdades de gênero também se avigora de muita importância para nós. Porque, de acordo com Parker e Camargo (2000), as desigualdades de gênero também interagem com a pobreza (e a contínua feminização da pobreza), colocando as mulheres em situações de vulnerabilidade acentuada à infecção pelo HIV, bem como aos impactos sociais dessa infecção.

Portanto, se entenda neste trabalho, relações de gênero como todas as relações entre mulheres e homens na cidade de Maputo, lugar

onde as questões culturais e da tradição específicas da sociedade moçambicana, se refletem. As desigualdades sociais, econômicas e de poder presentes influenciam para que as mulheres se encontrem em situação de vulnerabilidade, de dependência e de subalternidade comparativamente aos homens. Também são determinantes para que as mulheres sejam o segmento da população mais propenso à infecção pelo vírus de HIV e concorrem para o cenário feminizado do HIV.

3.2.2 Vulnerabilidade

Antes de entrar para o campo da saúde, segundo Ayres et al. (1999), o conceito de vulnerabilidade era aplicado na área dos Direitos Humanos, de onde é oriundo, e designava originalmente grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania. Para o recorte que o nosso estudo segue, a questão de vulnerabilidade abordada se refere a mulheres, mais especificamente mulheres pobres. Mas de um modo geral, no que diz respeito ao campo da saúde, entenda-se vulnerabilidade como sendo:

A situação resultante de uma conjugação de fatores individuais (biológicos, cognitivos e comportamentais), programáticos (programas de prevenção, educação, controle e assistência, bem como vontade política), sociais (relacionados às questões econômicas e sociais) e culturais (submissão a padrões e crenças morais, hierarquias, relações de poder, questões de gênero), interdependentes e mutuamente influenciáveis, assumindo pesos e significados diversos que variam no decorrer do tempo e determinam o grau de susceptibilidade de indivíduos e grupos em relação a questões de saúde (GUILHEM; AZEVEDO, 2008, p. 230-231).

Esses fatores podem ser tomados como as dimensões ou categorias da vulnerabilidade, isto é, analisar a vulnerabilidade é preciso ter em conta que ela pode ser individual, programática, social/coletiva e cultural.

Segundo Ayres et al. (1999), é no contexto dos transcendentais e diversificados desafios da epidemia do HIV e SIDA que parece adquirir

especial relevância o emergente conceito de vulnerabilidade. Estes autores acrescentam que este conceito:

Expressa o esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento (AYRES et al., p. 50).

Durante a história da disseminação da infecção pelo HIV no mundo, a mudança nas formas de abordagem epidemiológica – que passou de grupos de risco para comportamentos de risco e, posteriormente, para o conceito de vulnerabilidade – representou uma guinada moral⁶⁴ importante (GUILHEM; AZEVEDO, 2008, NASCIMENTO; BARBOSA; MEDRADO, 2005).

A infecção pelo HIV por parte das mulheres, além de ser influenciada pelas relações de gênero e as questões a elas inerentes, também tem influência da situação de vulnerabilidade em que elas se encontram. Assim sendo, a situação em que se encontram as mulheres dos pontos de vista cultural, socioeconômico e político, imbricado com fatores biológicos aumentam a vulnerabilidade de alguns segmentos da população feminina aos mais diversificados agravos em termos de HIV (TAQUETTE, 2009).

A mesma vulnerabilidade, segundo os dados epidemiológicos, também contribui para o atual cenário da feminização do HIV. A vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV deve tomar em consideração como as mulheres e homens se relacionam na sociedade, isto é, como os papéis sociais de gênero ou as relações sociais de gênero

⁶⁴ Guinada moral porque o termo “grupo de risco” privilegiava homossexuais masculinos, hemofílicos e usuários de drogas intravenosas e, “comportamento de risco” surgiu para eliminar o caráter discriminatório do primeiro e pela percepção de que a infecção se expandia para além daqueles grupos (GUILHEM; AZEVEDO, 2008; NASCIMENTO; BARBOSA; MEDRADO, 2005). Assim, qualquer segmento da população ou sociedade é passível de se infectar.

estão estabelecidas em cada sociedade. Por isso, segundo Barbosa (1999), toda a discussão que envolve a vulnerabilidade das mulheres à infecção implica uma compreensão das relações de poder entre os sexos, que levam as mulheres a aceitarem, nem sempre passivamente, o destino traçado para elas. Mas, quanto menos poder de barganha elas tiverem, mas difícil continuará, para elas, evitar as possibilidades de infecção e, consequentemente, mais vulneráveis se tornam.

Uma vez que o cenário atual de infecção feminina passou a incluir mulheres em relacionamentos estáveis, Guilhem e Azevedo (2008) apontam que, a partir dessa constatação, pode-se concluir que a desigualdade de gênero se traduz no fator desencadeante da *vulnerabilidade conjugal* e, consequentemente, vulnerabilidade de gênero inerente às marcas cotidianas das relações sociais desiguais entre mulheres e homens. Estes autores acrescentam que as mulheres não são vulneráveis somente porque são pobres ou excluídas, mas também, no contexto social de dominação-subordinação, lhes é vedado o poder na negociação do uso do preservativo.

Estes aspectos são igualmente característicos da chamada feminização do HIV. Assim, as questões de gênero interferem na questão da vulnerabilidade das mulheres à infecção e, consequentemente, contribuem para sua feminização. O fato das questões de gênero interferir na constante vulnerabilidade das mulheres à infecção, principalmente nas mulheres dos relacionamentos estáveis atualmente – *vulnerabilidade conjugal* – faz com que encarremos a vulnerabilidade com algo relacional.

Em Moçambique, os fatores socioculturais mantêm as desigualdades de gênero e reservam à mulher e à rapariga um estatuto social secundário, aumentando a vulnerabilidade da mulher à infecção. Além disso, as relações de gênero e poder, bem como as dinâmicas do casamento, favorecem o homem nas decisões relativas às necessidades econômicas do lar e provimento da família. Sendo assim, a dependência econômica aumenta a vulnerabilidade das mulheres, particularmente mulheres jovens devido a oportunidades que cria de prática de sexo transacional, ou seja, a prática do sexo que envolve benefícios materiais às jovens, embora não seja prostituição (KULA, 2009).

Para as pretensões do nosso estudo, entenda-se vulnerabilidade como a situação em que as mulheres por nós entrevistadas se vêm desprovidas de condições econômicas e sociais para dar conta da sua condição de infetadas, condições essas que passa pela falta de emprego, de alimentos suficientes para dar conta do tratamento, baixos níveis de instrução, pouca informação sobre o HIV e pobreza delas e de sua

família. Estas condições se comunicam e juntas fazem o que é ser mulher e estar infetada pelo HIV, bem como estruturam seu mundo da vida e suas experiências cotidianas. Portanto, o conceito de vulnerabilidade é tratado aqui como todo e qualquer processo de exclusão, discriminação ou enfraquecimento de grupos sociais, no nosso caso das mulheres (PALMA; MATTOS, 2001).

Essa vulnerabilidade manifesta-se pela incapacidade delas contornarem essas questões para conseguir um bem-estar. Acresce-se que essas condições são direta ou indiretamente decorrentes das questões estruturais, culturais, econômicas e sociais específicas da sociedade moçambicana. Assim, a vulnerabilidade dessas mulheres engloba todas as categorias/dimensões acima indicadas - individual, programática, social/coletiva e cultural. Portanto, estamos diante de diferentes tipos de vulnerabilidade que as expõem à infecção.

Os nossos resultados apontam que a pobreza e a dependência econômica aumentam grandemente a vulnerabilidade das mulheres em tempos de HIV e SIDA. Por isso, de acordo a World Health Organization (2003), há necessidade de revisão da condição econômica das mulheres, a fim de avaliar a vulnerabilidade delas ao HIV, porque existem fortes evidências que há uma relação direta entre a fraca condição econômica das mulheres e sua vulnerabilidade e exposição ao HIV. Igualmente, a vulnerabilidade econômica delas às expõe também a consequências mais graves quando confrontadas com estigma e discriminação associadas, quando infetadas e/ou afetadas, pelo HIV.

Em suma, como veremos mais adiante, os fatores relacionados com o gênero aumentam a vulnerabilidade e a dependência econômica das mulheres que, por sua vez, aumenta a sua vulnerabilidade à infecção, restringe sua necessidade de acesso à informação e serviços, expondo-as a graves consequências (Ibid.).

3.2.3 Feminização do HIV

As categorias apresentadas antes, para as pretensões da nossa pesquisa, como apontamos, estão interligadas. Juntas elas influenciam o atual cenário de soroprevalência, o da feminização do HIV. Isto é, a feminização do HIV decorre tanto das desiguais relações de gênero, como também da vulnerabilidade que as mulheres têm quanto à infecção pelo HIV, social e biologicamente. Assim, refletir sobre o impacto do vírus do HIV nas mulheres há que ter em conta os fatores sociais (dependência econômica, desigualdade de poder, fraca instrução, etc.) e

biológicos (razões anatômicas) que agravam sua vulnerabilidade e, consequentemente, o cenário feminizado da infecção.

Segundo Barbosa (1999), mesmo com as evidências acumuladas de que a transmissão do HIV podia ser heterossexual, e esse tem sido sempre o padrão de transmissão em África, os discursos científico e cultural continuaram, até o final da década de 80, a representar as mulheres como excluídas da epidemia. No entanto, com os dados que temos hoje, este cenário mudou e sabe-se que as mulheres em relacionamentos estáveis, segundo Lima e Moreira (2008), vêm apresentando elevados índices de infecção. Isto faz com que a feminização do HIV seja uma realidade em África e Moçambique não é exceção. As mulheres, em grande parte, apresentam menor liberdade na sua vida sexual e menos poder de decisão sobre o sexo protegido, o que influencia na vulnerabilidade e, consequentemente, nos índices elevados de feminização da infecção. Independentemente da faixa etária, raça, profissão, nível de instrução e conhecimento, as mulheres estão mais vulneráveis (HEILBORN, 1997; MORESCHI et al., 2012).

Refletindo sobre a relação entre gênero e o HIV, Osório (2004) aponta que a ruptura do modelo cultural, vigente em Moçambique, que conforma a dominação é fundamental para eficácia no enfrentamento do HIV e SIDA. Isso porque esse modelo de subalternidade social da mulher é que permite explicar os níveis elevados de soroprevalência entre mulheres, fenômeno conhecido como feminização do HIV. Por tanto, o alastramento da doença deve ser entendido através do modo como são construídos e legitimados os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, bem como as práticas culturais e tradicionais apontadas, que influenciam na sexualidade delas.

Reforçando o posicionamento, Cruz e Silva et al. (2007) apontam que não é possível deter esse alastramento, que tem ganhado expressão com o processo de feminização da infecção, sem reconhecer que os padrões de disseminação do vírus se assentam e se alimentam das estruturas patriarcais e dos valores que descriminam as mulheres, retiram-lhes o controlo da sua sexualidade e limitam o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

No entanto, é na mulher de baixa renda, como veremos mais adiante, que os impactos da infecção são mais complicados de enfrentar, principalmente porque estão desprovidas de mecanismos de acesso, por exemplo, ao emprego e a condições materiais que possibilitem dar conta dos diversos desafios que a infecção acarreta.

Em Moçambique, e para as pretensões do nosso estudo, a feminização do HIV é um termo atualmente usado para exprimir o

crescente índice de infecção e o impacto que a epidemia tem sobre as mulheres (KULA, 2009). Este conceito, portanto, significa, no contexto do nosso estudo, que a feminização do HIV é algo estritamente relacionado a todas as formas de vulnerabilidade (individual, coletiva, programática, social e cultural) das mulheres, bem como que essa infecção é também compreendida como algo inserido no quadro das relações sociais entre mulheres e homens.

Nessas relações se enquadram as questões de subordinação e dependência socioeconômica das mulheres em relação aos homens, pouco acesso à educação e emprego, bem como desigualdades em termos de saúde. Ainda neste cenário, a feminização manifesta-se em elas não conseguirem dar conta das necessidades cotidianas que a sua condição de infetadas exige, como, por exemplo, alimentação para si e seu familiares, prover as necessidades dos filhos e da casa no geral, entre tantas outras coisas, fazendo com que questões sociais, culturais e econômicas acabem pesando mais para a feminização do HIV.

A feminização aqui também está relacionada com o fato de, em Moçambique, serem as mulheres algumas das vezes as primeiras a saberem do estado sorológico, uma vez que a testagem do HIV é efetuada através dos serviços pré-natais. Este fato de as mulheres serem as primeiras a ser diagnosticadas faz com que sejam acusadas de serem a fonte da infecção em nível da família. Muitas vezes, as mulheres ficam sabendo que estão infetadas durante ou após a gravidez. Assim, os homens e suas famílias acabam culpando as companheiras de infetá-los, a eles e aos filhos (BERGH-COLLIER, 2007). Nesta perspectiva, a feminização do HIV também passa pelo fato de as mulheres serem apontadas como as disseminadoras do vírus.

É visível que as categorias que apresentamos aqui somente fazem sentido se tomadas como interdependentes. Elas se tornam essenciais para a questão que abordamos no trabalho. Elas podem comunicar-se com outras categorias não menos importantes, mas igualmente essenciais para compreender a realidade em análise. Assumimos que essas outras categorias que poderão eventualmente aparecer mais adiante, como por exemplo a questão de acesso à saúde, e principalmente à saúde sexual e reprodutiva, se comunicam e/ou fazem parte das categorias que apresentamos.

Feita a apresentação das categorias de análise que faremos uso, no capítulo que se segue vamos procurar ver como elas, juntas, nos ajudam a compreender a realidade em estudo.

CAPÍTULO III

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo vamos apresentar e discutir os resultados referentes aos nossos sujeitos de pesquisa, as mulheres infetadas pelo HIV na cidade de Maputo, Moçambique. Os resultados refletem as experiências cotidianas que elas têm como infetadas. Aqui a nossa análise sobre a face feminina do HIV baseou-se na vivência cotidiana destas mulheres e no impacto da infecção nos diversos relacionamentos em que ela se insere. Partimos do princípio que sua vivência e seus impasses estão direta ou indiretamente relacionados com as relações de gênero, vulnerabilidade e consequente feminização do HIV.

A discussão dos resultados desenvolve-se na análise das experiências que as mulheres têm com a infecção. O objetivo é compreender como essa experiência faz parte de um quadro dos desafios e enfrentamentos em torno do HIV e SIDA, onde questões culturais, sociais, econômicas, históricas e políticas exercem sua influência – incorporando as dimensões de vulnerabilidade apresentadas. A intenção, portanto, é trazer uma contribuição para o conhecimento da experiência de sujeitos concretos com a infecção e ver como o seu cotidiano é estruturado por essa condição.

Para apresentação e discussão dos resultados, depois de transcritas, lidas e comparadas as respostas das entrevistadas, procuramos as mais comuns, bem como frases e/ou parágrafos que expressem práticas e atitudes também comuns. Em torno dessas respostas escolhemos as questões mais relevantes para a temática em análise. Aqui, salientamos que as expressões saíram espontaneamente dos sujeitos da pesquisa, mas seguindo o nosso guião de entrevista.

Portanto, tendo em conta os objetivos da pesquisa, neste capítulo apresentamos e discutimos os resultados relevantes que o trabalho de campo nos forneceu, fruto dos depoimentos colhidos durante as entrevistas no que concerne às transformações e impactos que a infecção pelo HIV impõe às mulheres infetadas. Para esse propósito a apresentação e discussão dos resultados têm os seguintes blocos temáticos: **As mulheres enquanto sujeitos de pesquisa**, onde apresentamos o perfil das mulheres entrevistadas; **O TARV da vida**, onde apresentamos e discutimos as experiências e peripécias que as mulheres têm com o tratamento; **Entre o silêncio e a revelação do estado sorológico**, onde apresentamos e discutimos a persistência do

estigma e da discriminação para com as PVHS; **AH: solução, fuga ou convivência positiva**, onde apresentamos e discutimos o papel e a importância para essas mulheres estar em um grupo de “iguais”, porque, também, infetadas e; **E a vida continua**, onde apresentamos e discutimos como as mulheres encaram o futuro.

4.1 As mulheres enquanto sujeitos de pesquisa

O quadro seguinte apresenta a caracterização das 20 mulheres que voluntariamente aceitaram conosco partilhar suas experiências com a infecção do HIV, isto é, apresentamos qual é o perfil de cada uma das nossas entrevistadas. Aqui, faz sentido referenciar que para salvaguardar o anonimato e sigilo das mulheres, os nomes delas foram substituídos por códigos. Assim, designamos cada uma das entrevistadas pela letra E=Entrevistada e por números de 1 a 20, indicando respectivamente a sequência das entrevistas, ficando E1, E2... E20.

No quadro a seguir, a palavra “desempregada” significa que a entrevistada não está trabalhando no momento, porém é preciso esclarecer que a grande maioria já não trabalhava fora de casa antes da infecção.

QUADRO 4: Perfil das mulheres sujeitos de pesquisa.

| E | Estado civil | Instrução | Idade | Situação empregatícia | Nº de filhos | Idade do primeiro parto | Tipo de casa | Nº de integrantes do AF | Ano de diagnóstico | CD4 ⁶⁵ | Início do TARV | Casal HIV+/Discordante | Doença oportunistas | Ativismo na AH |
|-----|------------------|---------------|-------|-----------------------|--------------|-------------------------|--------------|-------------------------|--------------------|-------------------|----------------|------------------------|------------------------|----------------|
| E 1 | Divorciada | 7ª classe (1) | 52 | Desempregada | Sete | 20 | Própria | 12 | 2002 | 135 | 2002 | _____ | TB ⁶⁶ | Sim |
| E 2 | Casada (3); (20) | 5ª Classe (1) | 43 | Desempregada | Seis | 17 | Própria | 13 | 2005 | 40 | 2005 | Discordante (7) | S/TB ⁶⁷ (4) | Sim |

⁶⁵ Carga Viral / Contagem de CD4 (grau de infecção por HIV)

⁶⁶ Tuberculose.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------|------------------------------------|----------------|----|--------------|-------------|----|-------------|--------|------|-----|------|-----------------|---------------------------|-----|
| E 3 | Divorciada | 8ª Classe (1) | 48 | Desempregada | Dois | 21 | Própria (5) | Seis | 2007 | 27 | 2010 | _____ | TB | Sim |
| E 4 | Casada (3) | 7ª Classe (1) | 49 | Desempregada | Quatro | 19 | Própria | Seis | 2012 | 39 | 2012 | Positivo | TB | Sim |
| E 5 | Casada (3) | 6ª Classe (1) | 45 | Desempregada | Dois | 17 | Própria | Quatro | 2007 | 100 | 2008 | Positivo | S/TB (4) | Não |
| E 6 | Solteira | 7ª Classe (1) | 46 | Desempregada | Um | 30 | Própria (6) | Três | 2005 | 125 | 2005 | _____ | TB | Sim |
| E 7 | Casada | 6ª Classe (1) | 45 | Desempregada | Cinco | 19 | Própria | Sete | 2006 | 35 | 2007 | Discordante (7) | TB | Não |
| E 8 | Solteira/ vive maritalmente. | 3ª Classe (1) | 35 | Desempregada | Quatro (8) | 22 | Própria (9) | Quatro | 2006 | 60 | 2007 | Positivo | S/TB (4) | Sim |
| E 9 | Viúva. Fez Kutchinga. | 8ª Classe (1) | 45 | Desempregada | Dois | 19 | Própria | Três | 2010 | 88 | 2010 | _____ | S/TB (4) | Sim |
| E 10 | Divorciada (10) | Alfabetização | 48 | Desempregada | Três | 19 | Própria | Sete | 2004 | 100 | 2004 | Positivo | S/TB (4) | Sim |
| E 11 | Viúva. Sem Kutchinga | 10ª Classe (2) | 45 | Desempregada | Quatro (11) | 17 | Alugada | Quatro | 1997 | 190 | 2010 | _____ | S/TB (4). Teve Sífilis | Sim |
| E 12 | Solteira | 6ª Classe (1) | 43 | Desempregada | Quatro (12) | 17 | Própria | Quatro | 2008 | 132 | 2009 | _____ | S/TB (4) | Não |

⁶⁷ Sem Tuberculose.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----------------------------|----------------|----|----------------|-----------|----|----------------|--------|------|-----|------|-----------------|----------|-----|
| E 13 | Solteira. Vive maritalmente | 10ª Classe (2) | 35 | Empregada (13) | Um | 32 | Própria (14) | Seis | 2008 | 105 | 2008 | Discordante (7) | S/TB (4) | Sim |
| E 14 | Viúva (15) | 8ª Classe (1) | 41 | Empregada (13) | Três | 19 | Própria | Cinco | 2003 | 155 | 2003 | Discordante | TB | Sim |
| E 15 | Solteira/Na morando (16) | 12ª Classe (2) | 34 | Empregada (13) | Três (12) | 17 | Empresada (17) | Quatro | 2010 | 250 | 2011 | Discordante | S/TB (4) | Sim |
| E 16 | Viúva. Fez Kutchinga | 5ª Classe (1) | 45 | Desempregada | Três | 23 | Própria | Quatro | 2007 | 230 | 2007 | _____ | S/TB (4) | Sim |
| E 17 | Viúva. Não fez Kutchinga | 5ª Classe (1) | 37 | Desempregada | Três | 19 | Própria | Cinco | 2010 | 300 | 2013 | _____ | S/TB (4) | Não |
| E 18 | Viúva. Fez Kutchinga | 4ª Classe (1) | 52 | Desempregada | Dois | 18 | Própria | Seis | 2003 | 200 | 2008 | _____ | TB | Sim |
| E 19 | Casada (3) | 9ª Classe (1) | 36 | Desempregada | Dois | 25 | Própria (14) | Cinco | 2006 | 224 | 2008 | Positivo | S/TB (4) | Sim |
| E 20 | Casada (3); (19) | 6ª Classe (1) | 40 | Desempregada | Três | 17 | Própria | Cinco | 2003 | 180 | 2008 | Positivo | S/TB (4) | Sim |

Fonte: Elaborado pelo autor usando os dados da pesquisa.

Legenda:

- (1). O equivalente ao ensino fundamental no Brasil, isto é, classe significa o ano do ensino fundamental;
- (2). Equivalente ao ensino médio no Brasil;
- (3). Casamento coletivo organizado pela AH;

- (4). Tomou medicação preventiva à TB;
- (5). Mora em casa dos falecidos pais e compartilha com um dos irmãos mais novos, sua esposa e filhos;
- (6). Mora com os pais. Pai de 95 anos e mãe 65 anos, respectivamente. Ambos infectados pelo HIV. A filha dela vive com uma das irmãs porque ela não tem condições financeiras para poder cuidar dela, uma vez que ela e os pais vivem da ajuda das irmãs;
- (7). Ficou a saber que estava infectada quando grávida do atual parceiro;
- (8). Dois dos filhos estão ao cuidado de familiares. Um com a mãe e outro com uma irmã;
- (9). Casa compartilhada com irmão do atual parceiro, mas que vive e trabalha na África do Sul e que somente vem nas férias e nas festas do final do ano;
- (10). O parceiro abandonou-a em virtude da infecção, em 2009;
- (11). Dos quatro filhos, três são soropositivos;
- (12). Filhos de pais diferentes, dos quais não tem nenhum apoio;
- (13). Trabalha na creche comunitária da AH;
- (14). Vive com o parceiro em casa do sogro;
- (15). Fez Kutchinga⁶⁸ com o atual parceiro, com que vive há 10 anos e ainda não está infectado;
- (16). Expulsa da casa da sogra depois de dar à luz e saber que está infectada. O parceiro do momento, pai da última filha, já estava infectado nessa época, mas, omitia.
- (17). Vive em casa emprestada pela irmã que vive e trabalha em outra província de Moçambique;
- (18). A pessoa com quem fez o Kutchinga, quando viu que tinha filhos crescidos, não quis levar uma vida conjunta;
- (19). Segunda esposa, a primeira morreu infectada;
- (20). O primeiro marido morreu de SIDA em 2002. Ela fez o diagnóstico quando ficou grávida do segundo marido, soronegativo. Era segunda esposa na anterior relação. A outra esposa da outra relação também morreu da doença. Fez Kutchinga.

⁶⁸ Como foi dito, relações sexuais feitas pelas viúvas para a purificação do lar.

O quadro com o perfil das mulheres entrevistadas mostra que, quanto à idade, a mais nova tinha 34 anos e a mais velha 52 anos. Quanto ao estado civil, seis são casadas, sendo que cinco casaram num casamento coletivo e beneficente organizado pela AH; três são divorciadas; cinco são solteiras, duas sem nenhum relacionamento, uma namorando, duas vivendo maritalmente; e seis são viúvas. Quanto ao nível de instrução, a menos instruída estava fazendo alfabetização e a mais instruída tem a 12ª classe completa, sendo essa a mais nova das entrevistadas. Somente três delas declararam estar empregadas, sendo esse vínculo empregatício com a creche comunitária da AH. O número de filhos das mulheres varia de um a sete filhos. A idade menor para ter o primeiro filho entre elas foi de 17 anos e a maior é de 30 anos.

Quanto à composição dos AF, o menor é de três pessoas e o maior é de 13 pessoas. Este dado é importante porque, de acordo com o Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICFI (2013), o tamanho da família e o sexo do seu chefe pode influenciar nos níveis de bem-estar. Pelos nossos dados, das 20 entrevistadas, 11 podemos considerar como sendo chefes dos agregados, das quais somente uma faz parte das três que trabalham na creche da AH. Mas o fato de as outras viverem com seus parceiros (duas fazem parte das que trabalham na creche) e serem desempregadas influencia negativamente no fato de não poderem contribuir para o orçamento familiar. Consequentemente, todas elas atravessam problemas para dar conta das necessidades cotidianas e das diretamente relacionadas ao cuidado de sua saúde, como veremos mais em frente. Isso também acontece para as que trabalham na creche, uma vez que seu salário está abaixo do salário mínimo atualizado para o ano de 2014⁶⁹.

Estas mulheres, de acordo com os dados do Meu salário.org/Moçambique (2014), fazem parte do grupo que vive no limiar da pobreza. Este grupo compreende pessoas que vivem com um rendimento inferior a um salário mínimo, os que ganham de um a cinco salários básicos nacionais e todos os indivíduos cuja renda familiar não ultrapassa 5.000, 00 meticais (USD 161, 29). Para essas pessoas é impossível viver realmente com dignidade com esse dinheiro. Para os indivíduos que vivem com um rendimento abaixo de um salário mínimo, entre 1.680, 00 (USD 52, 19) a 3.500, 00 meticais (USD 112, 90) é

⁶⁹ O menor salário mínimo por setores de atividade era de 2.857,00 Meticais, equivalente aproximadamente a \$R 190, 00. As mulheres que trabalham na creche da AH, recebem 2.000, 00 Meticais (64, 25 USD), aproximadamente a \$R 133, 00 mensais.

impossível obter o básico para satisfação do AF. Estes valores não cobrem, sequer, 50% da cesta básica e, com a subida de preços, é difícil ter comida todos os dias. Fato que agrava a vulnerabilidade dessas mulheres, isto é, o fato de serem desempregadas (dependentes economicamente) e, se empregadas, mal remuneradas e com fraca educação, influencia para elevar o grau de vulnerabilidade social delas.

Se essas mulheres encontram-se no limiar da pobreza e dispõem de orçamentos fracos, as características de suas habitações também são informativas sobre o seu bem estar. Todas elas residem em bairros suburbanos ou periféricos da cidade de Maputo. Das 20 mulheres, 18 vivem em casas que podem ser consideradas como próprias, sendo que dessas 18, cinco têm as particularidades de, respectivamente, morar em casa do sogro (duas), morar com os pais, morar em casa dos falecidos pais e morar em casa partilhada com o cunhado. As duas restantes vivem, respectivamente, em casa emprestada e alugada. No entanto, as características dessas casas, isto é, pela descrição fornecida por elas sobre as condições físicas das habitações e acesso a serviços básicos como, por exemplo, água e eletricidade, elas vivem em condições “precárias” e de vulnerabilidade.

Nenhuma das casas das mulheres tem fossa séptica, todas têm banheiro separado ou fora da casa, 19 tem cozinha separada ou fora da casa e só uma tem cozinha dentro. Em todas as casas o banheiro e a cozinha não tem canalização para água. A fonte de água é uma torneira fora da casa, no quintal, portanto, o banho não é de chuveiro. Os alimentos são confeccionados fora e a louça também é lavada fora. Quanto à parte elétrica, cinco das 20 casas não dispõem de instalação elétrica.

No que diz respeito às práticas nocivas que apontamos antes, duas estavam em relacionamentos polígamos e/ou em que estava envolvida uma segunda mulher. Das viúvas, as que fizeram o Kutchinga, são quatro. As que faziam parte de um relacionamento em que não eram únicas continuam desempregadas e, conseqüentemente, sem poder econômico para suprir as necessidades cotidianas para sua saúde. Quanto às mulheres que tiveram que praticar o Kutchinga, vemos que esta prática não só mostra a inferioridade e situação subalterna das mulheres, mas também que esta prática tradicional exerce um controle social sobre elas. As viúvas que não fizeram o Kutchinga, isso se deve ao fato de seus parceiros serem de regiões do país onde tal comportamento não têm muita “importância” social.

Das mulheres entrevistadas, o diagnóstico para a mais antiga foi em 1997 e o mais recente foi em 2010. Quando ao início do TARV, a

mais antiga iniciou em 2003, ano que marca a adoção do TARV em Moçambique, e a mais recente a entrar em TARV o fez em 2013. Todas estão em TARV e quanto ao nível do CD4, importante para iniciar o TARV, o menor nível era de 27 e o mais elevado era de 300⁷⁰. Quanto às doenças oportunistas ou associadas, sete tiveram TB e uma teve sífilis sem TB. As que não tiveram TB receberam uma medicação preventiva. As que se infetaram antes do país disponibilizar o TARV, medicavam-se com cotrimoxazol. Esse tratamento também foi feito por aquelas que, mesmo depois de o país já o ter introduzido, ainda não tinham os requisitos para entrar no TARV, como, por exemplo, o nível de CD4 baixo⁷¹.

Entre as entrevistadas, 17 fizeram o exame para o diagnóstico do HIV depois da manifestação da doença em seus parceiros, tendo tido a experiência de acompanhá-los, as três restantes quando fizeram o pré-natal durante a gravidez. Fato que vislumbra a manifestação da infecção em relacionamentos estáveis. Segundo Fishel et al. (2011), nos últimos anos, tem aumentado o interesse na propagação do HIV em parceiros sexuais com relações estáveis. Reforçando, para Guilhem e Azevedo (2008), este fato não é somente resultante das relações de gênero, mas também da vulnerabilidade conjugal. Aqui está enfatizado o fato de que a vulnerabilidade, como a questão de gênero, é um fenômeno que se deve tomar como algo relacional e sempre presente nos relacionamentos afetivos entre mulheres e homens.

Das três que ficaram sabendo durante a gravidez, duas foram infetadas pelos anteriores parceiros, mas os atuais são soronegativos. Uma delas aponta não saber como se infetou, porque está com o parceiro há muito tempo e ela ficou sabendo da infecção quando ficou grávida e ele é soronegativo. A outra se separou do parceiro que a infetou. Entre as mulheres que atualmente têm parceiros (11), seis delas constituem casais HIV positivo e cinco casais discordantes, onde elas é que são as infetadas. Este fato, em que nos casais discordantes as mulheres é que têm a tendência de serem as infetadas, também pode ser tomado como um dado para mostrar o atual cenário da feminização do HIV.

No que diz respeito aos casais discordantes, na base dos dados do INSIDA, Fishel et al. (2011), apontam que um em cada 10 casais que

⁷⁰ Quanto mais baixo, esse nível, pior o estado de saúde.

⁷¹ De acordo com United Nations Programme on HIV/AIDS (2013), Moçambique faz parte do grupo de países onde, para que as pessoas infetadas adiram ao TARV, o nível de CD4 da pessoa deve ser menor à 300 células.

coabitam em Moçambique são discordantes. Acrescentam que casais discordantes é um segmento da população em risco de novas infecções, devido à elevada possibilidade de transmissão de um cônjuge para o outro.

Todas elas têm um vínculo com AH, no entanto, esse vínculo é ativo para 16 delas porque, além de receberem ou desfrutarem dos apoios que a AH oferece às pessoas infetadas que se aproximam da AH, são ativistas da associação e ajudam outras pessoas infetadas que vivem no bairro onde se localiza a AH e nos bairros vizinhos. As restantes quatro, o vínculo é passivo porque somente recebem apoio sem prestar, no momento das entrevistas, alguma atividade na e para a associação.

Antes de explorarmos as experiências cotidianas das mulheres que entrevistamos, há que apontar que as 20 mulheres que aceitaram fazer parte da pesquisa, contando suas histórias cotidianas com o HIV, exteriorizando seus sentimentos num mundo estigmatizado e preconceituoso para quem vive com o HIV e SIDA, fazem parte das “heroínas anônimas”, porque contribuem para o rompimento do silêncio e omissão do estado sorológico que envolve a infecção pelo HIV no segmento feminino. Assim, estamos dando alguma visibilidade a essas mulheres e muitas outras que infetadas não têm a oportunidade e nem a coragem de exteriorizarem o seu cotidiano.

Nas páginas que se seguem, fugindo à questão biomédica da doença, o nosso estudo aponta que estas mulheres passam por várias questões sociais sendo portadoras do vírus do HIV. Questões relacionadas com sexualidade, relações de gênero e de poder, relacionamentos afetivos (incluindo relações com demais familiares e vizinhos), preconceitos que enfrentam (incluindo descriminação, abandono, segregação, estigmatização), questões relacionadas ao emprego e ao sustento pessoal e de seus familiares (incluindo a falta de recursos econômicos e sociais, principalmente de alimentação, para dar conta do TARV). Portanto, aqui a saúde é algo dependente e influenciada por outros aspectos que não somente os biológicos e, no caso do HIV, principalmente por questões econômicas, culturais e sociais diversas. Aspectos esses que, relacionados, nos ajudam a entender como as questões de gênero, vulnerabilidade das mulheres e a feminização do HIV se comunicam.

4.2 O TARV da vida

Nesta parte procuramos apresentar e discutir questões direta e indiretamente relacionadas com o TARV no cotidiano das mulheres que entrevistamos. Antes, há que destacar que em Moçambique o TARV é universal, gratuito e coordenado pelo MISAU. Havendo algumas ONGs como, por exemplo, os Médicos Sem Fronteiras e a Comunidade Santo Egídio, que também prestam alguma assistência. Porém, os antirretrovirais não são produzidos em Moçambique e provêm de doações internacionais. Neste particular, decorrente de uma parceria com o Governo Brasileiro, está sendo construída uma fábrica de produção de antirretrovirais, fato que permitirá ao país sair desta dependência.

Nos primeiros momentos de introdução do tratamento houve certo receio e reserva. De acordo com Matsinhe et al. (2008), até ao ano 2001 Moçambique manteve um posição oficialmente contrária à inclusão do TARV como parte da campanha de enfrentamento ao HIV e SIDA. O argumento era do elevado custo associado, limitações laboratoriais, falta de recursos humanos e até dúvidas sobre a capacidade e condições dos infetados de aderirem de forma integral a um programa de tratamento antirretroviral, descrito como “altamente complexo”. Argumento igualmente usado pela grande maioria dos doadores e contribuintes na campanha de enfrentamento ao SIDA em Moçambique, por exemplo, o BM, União Europeia, USAID, entre outros.

No entanto, o ano de 2003 é oficialmente considerado como o de início do TARV, sendo que a expansão começou em meados de 2004. Entre os critérios de elegibilidade para o acesso à terapia, fora do nível do CD4 que apontamos anteriormente, contam-se a capacidade de provar de que a pessoa dispõe de mínimas condições de seguimento e adesão como, por exemplo, dispor de recursos para suportar as despesas do tratamento (de infeções oportunistas) e controle biológico contínuo, alimentação adequada, transporte, endereço fixo⁷², de modo a comparecer às consultas regulares de controle (Ibid.). Alguns dos aspectos apontados aqui fazem parte do rol das experiências com que as

⁷² Apesar de não ser uma questão aqui trabalhada, a questão de endereço fixo é importante porque os serviços de saúde têm deparado com casos de desistência do tratamento, bem como casos de indivíduos que por não aceitar o diagnóstico positivo ao HIV indicam um endereço falso.

mulheres que tivemos contato têm que viver no cotidiano, no que diz respeito ao TARV.

É importante destacar, também como parte dos requisitos para aderir ao tratamento, que a pessoa infetada deve escolher, levar e apresentar na US onde está inscrito para receber assistência médica uma pessoa de sua confiança. Essa pessoa é comumente denominada de *confidente* e pode ser um familiar, amigo ou qualquer outra pessoa escolhida pela PVHS. O *confidente* é uma figura instituída pelos serviços de saúde que, tal como o requisito de endereço fixo, serve como mecanismo para garantir a continuidade do tratamento e, em algumas situações, tem credibilidade para receber o TARV quando a pessoa infetada não pode fazê-lo. Esta figura também pode ser uma fonte de apoio moral e psicológico no momento do diagnóstico, bem como durante o tratamento. Apesar de ser um aspecto que não tratamos no trabalho, esta figura é uma importante fonte de reflexão no processo de revelação ou não do estado sorológico por parte da PVHS, na medida em que, depois da PVHS e do pessoal responsável pelo diagnóstico, é ela que terá conhecimento do estado de saúde da pessoa infetada que a escolheu como confidente. Aqui, a questão de omissão ou não revelação do estado sorológico às pessoas próximas para fugir ao estigma e a discriminação, que abordaremos adiante, é rompida por parte das infetadas.

Durante as entrevistas individuais e grupais, nas falas das mulheres a questão alimentação é um dos obstáculos, se não o principal, que elas têm que suportar para poder dar conta do TARV, começando pelo número de refeições diárias. Aqui, importa apontar que, dependendo das condições, o comum é ter quatro refeições, o café da manhã, o almoço, o café da tarde ou lanche no fim da tarde e o jantar. Mas, se considera razoável que o AF tenha três refeições diárias, excluindo o lanche. Assim, quanto ao número de refeições, as falas seguintes mostram como essa questão se manifesta no cotidiano das entrevistadas:

Almoço, jantar e [o resto do jantar] mata-bicho⁷³
de hoje (E1).

⁷³ Mata-bicho é como corriqueiramente se designa o pequeno almoço ou café da manhã. Quando o AF come os restos do jantar na hora do café da manhã, no Sul de Moçambique chama-se isso de *xiquento*, numa das línguas maternas do Sul, que é o mesmo que esquentar o que restou da refeição do dia anterior, que pode ser acompanhado com uma chávena de chá.

Não, teve almoço só..., como as crianças, os meus filhos já habituaram, quando não houver... está a dizer mamã prefiro cozinhar jantar, porque à noite é que custa (E2).

Só duas refeições, só duas refeições só. À tarde, por exemplo, àquela hora das 12h00min, estamos a comer xima⁷⁴ com nyangana⁷⁵, jantar xima com mboa⁷⁶ (E4).

Muito desenrasca [risos], arranjo chá para as crianças, que é pão e chá. Então [o] que resta, ficou, fazem o almoço, então fazemos jantar (E15).

E,

Por falta de melhor às vezes estamos a comer duas vezes. Quando ter às vezes três vezes, acordar tomar chá, almoço às 12h00min, às 12h00min almoçar, às 12h00min pronto, ficar até aquela hora da tardinha para jantar, 14/15 horas estamos começar cozinhar (E20).

Aqui, de acordo com Barroso et al. (2011), muitas vezes as mulheres acabam realçando mais o seu lado materno. Elas podem deixar de se preocupar com a saúde delas e priorizar a responsabilidade e saúde de seus filhos, por isso, não pode faltar comida em casa. O fato de serem mulheres desempregadas, na sua maioria, pode ser um entrave para que tenham condições econômicas para poderem ter o número de refeições que desejariam, bem como a “qualidade” desejada. Outras, para poderem ter algo para comer fazem *machambas* (pequenas roças) onde podem cultivar algumas plantas, entre elas as mencionadas antes, para poderem ter algo para alimentar a si e seus familiares. Desse cultivo, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2011), podem fazer parte alguns tubérculos como, por exemplo, a mandioca e a batata-doce,

⁷⁴ É uma massa/pasta feita comumente como farinha de milho, mas também pode ser feita com farinha de mandioca ou soja, que é acompanhada de molhos durante as refeições. No Brasil, chama-se polenta.

⁷⁵ Nyangana é uma planta local usada para confeccionar um molho que inclui no preparo amendoim e coco.

⁷⁶ Mboa é folha de abóbora, também usada na alimentação como molho, tal como acontece com a nyangana.

muito consumidas em populações do quintil economicamente mais fraco.

As falas seguintes mostram a existência da prática da machamba entre as entrevistadas:

Estamos a fazer trabalhos, assim, de machamba, um trabalhinho em casa..., mas não é machamba que podemos vender, só para comer, consumo só..., ir à machamba, arranjar aquilo ali..., hortaliças, virmos cozinhar (E5).

Não trabalho⁷⁷, só acordar ir à machamba (E7).

Não, só vai na machamba cultivar..., nyangana, amendoim (E10).

Não, não trabalho, vou à machamba (E12).

Só faço machamba, final de semana vou à machamba (E14).

E,

(...) vou à machamba... só acordar vou à machamba (E16).

Pelas falas das mulheres, o fato de terem poucas refeições, estando infetadas e algumas terem que fazer machambas para seu sustento, mostra o quão elas estão em situação de vulnerabilidade social e econômica e, consequentemente, em vulnerabilidade alimentar. Também, o fato de serem desempregadas agrava essa situação, porque desempregadas elas acabam ficando economicamente dependentes. Aqui a feminização da pobreza fica evidente. Estes fatos, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011), as colocam em dificuldades de dispor de uma boa dieta alimentar. O aumento das despesas com alimentos pode decorrer em detrimento de outras necessidades como saúde e educação dos filhos e dependentes. Por isso, como estratégia de sobrevivência, as mulheres podem mudar de uma dieta rica e energética para uma mais pobre com alimentos mais baratos. Assim, fazer machamba deve ser visto como uma forma de subsistência para as

⁷⁷ Como é usual, a palavra “trabalho” refere-se sempre a atividades remuneradas, o que desqualifica o trabalho feito pelas mulheres em casa e nas hortas.

mulheres e seus familiares, também dependentes da alimentação que é produzida no cultivo.

Neste cenário, o enfrentamento ao HIV e SIDA não pode estar dissociado da melhoria da segurança alimentar e nutricional, pois, segundo o governo (REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE 2010), o TARV não salva uma pessoa infetada que nem sabe onde obter a próxima refeição. Assim, a alimentação satisfatória para quem está em tratamento é uma das condicionantes não só para adesão e manutenção do tratamento, como também para poder ter uma vida e saúde condignas e assim poderem perspectivar um futuro com menos obstáculos. Isto porque a falta de alimentação e as dificuldades em alimentação adequada podem causar interrupções no tratamento, como apontam Delmira e Said (2010).

Deve-se esclarecer que quem não tem condições alimentares não é necessariamente abandonada à própria sorte. Embora, nem sempre haja um serviço de cestas básicas (pelo governo, ONGs e associações) para minorar o problema.

Mas, ter uma alimentação adequada requer uma capacidade financeira para tal, fato que faz com que as infetadas tenham uma dieta alimentar pobre para as necessidades de sua saúde. Para elas o pessoal do “hospital nem quer saber se você está bem em sua casa ou você está mal, você é pobre, começa a contar a comida que você tem que comer, aquela comida boa que gasta muito dinheiro, mas nós somos pobres” (E2). Dessa “comida boa” há alimentos que podem ficar muito tempo sem fazer parte do seu cotidiano e/ou dieta alimentar como nos mostra o seguinte depoimento: “um ano acaba sem comer maçã”.

Que o tratamento necessita de uma alimentação adequada é algo bem conhecido e reconhecido em Moçambique, na medida em que:

Continua sendo desafio, continua sendo um desafio porque já todo mundo sabe que o tratamento passa no certo, para ser efetivo realmente, por uma alimentação satisfatória, e uma alimentação satisfatória custa dinheiro. Eu não sei até que ponto que o governo (...) está dando um tipo de alimentação, eu não sei se neste momento estão dando alguma coisa. Penso que não deu nunca, penso que algum tipo de

organização dava, pode ser que Sant'Egídio⁷⁸ (...), é uma coisa esporádica, não é uma coisa universal ao que se parece (Informante-chave e pesquisadora social 1⁷⁹).

Também procurando mostrar que a alimentação é um dos obstáculos que as pessoas soropositivas têm, outra informante-chave nossa destaca que a questão da alimentação é:

Um dos problemas que está a causar realmente muitas desgraças nas famílias, porque não têm alimentação que seria necessária para [os soropositivos] e as organizações já não tem meios [de prover alimentação ou suplementos alimentares] (PS2).

Nessa necessidade de alimentação para as pessoas infetadas, a AH, quando pode, oferece uma cesta básica para as mulheres que fazem parte da associação. Ao fazer isto, a AH procurar suprimir uma das tarefas difíceis que o Estado devia atender para as PVHS. A provisão da cesta básica, para esse grupo de pessoas, é vista como uma obrigação ou tarefa do Estado, pois durante suas falas as mulheres destacaram que um dos apoios que esperam ou gostariam de ter por parte do governo é o apoio em alimentação. Assim, além do TARV que o Estado disponibiliza de forma gratuita às pessoas infetadas, as mulheres também esperam apoio alimentar por parte do Estado, embora não o recebam. Quem oferece a cesta básica é a AH.

As falas que se seguem mostram essa preocupação e/ou desejo:

[O Estado] devia nos ajudar nós que somos doentes em..., na..., acerca dos alimentos, nos dar comida para nós podermos melhorar mais breve possível (E6).

Eu gostaria que o governo de Moçambique ajudasse a nós em questões de alimentação (...) (E3).

⁷⁸ Comunidade Sant'Egídio é uma ONG italiana que atua em Moçambique na área do HIV e SIDA e, uma das poucas que oferece uma cesta básica composta para suplementos alimentares para quem está em TARV.

⁷⁹ Para garantir o anonimato dos informantes usaremos a designação PS1 e PS2 respectivamente, ao invés dos nomes.

E,

Alimentação, cesta básica [faz falta] (E12).

Quanto ao fato alimentação ser motivo para interrupção, não tivemos, nas mulheres entrevistadas, relatos de abandono do tratamento em função dessa dificuldade. Nem o fato de terem apontado que a alimentação que têm é fraca influencia na interrupção do TARV. A falta do tratamento pode, entre outras coisas, enfraquecer a saúde delas e possivelmente levar à morte como diz uma entrevistada: “não me sinto bem, mas eu não deixo de medicar por falta de alimentação, sempre medico porque quero viver tantos anos” (E4).

A barreira da alimentação no cotidiano não só mostra que elas estão em situação de pobreza e vulnerabilidade, mas também aumenta a vulnerabilidade de sua saúde. Diante disso, Bergh-Collier (2007) aponta que as mulheres e suas famílias vivem em cenários de dependência, pobreza de nutrição e de saúde, bem como escassez de alimentação, acabando por depender em alguns casos de membros da família alargada. No caso das mulheres da nossa pesquisa, dependendo, também, do apoio da AH.

A questão da alimentação, o fato de serem mulheres, na sua maioria, desempregadas e com fraco poder econômico se manifesta como importante para entender o cenário de vulnerabilidade vivido por estas mulheres no cotidiano. Mas esse cotidiano com o TARV não é somente atravessado pelo tratamento, mas também pelo acesso ao mesmo, isto é, pelo deslocamento para a unidade sanitária (US) e, consequentemente, se relacionar com os serviços de saúde. Para Delmira e Said (2010), esses fatores são apontados como motivadores para interrupção do tratamento, isto é, longas distâncias e mau atendimento podem desmotivar a aderência e continuidade do tratamento.

Como apontamos antes, as mulheres que entrevistamos não interromperam o TARV por questões ou dificuldades de alimentação, também não o fizeram devido ao deslocamento e acesso. Mas, são questões que nos ajudam a entender as experiências que elas têm no cotidiano como infetadas pelo HIV. Também, são indicadores das vulnerabilidades que estas mulheres atravessam.

Vulnerabilidades essas que também indicam como, em termos conjunturais, o país se encontra, porque não somente as mulheres entrevistadas necessitam de alimentação e de transporte.

Para elas, ter que deslocar-se a US para serem vistas pelo médico e/ou para receber o coquetel de antirretrovirais torna esse dia um dia cansativo. Antes de aprofundarmos essa questão, os dados nos revelam

que a ida ao médico pelas nossas entrevistadas varia de acordo com a evolução da infecção. As que acabam de ser diagnosticadas e/ou têm o nível de CD4 mais baixo/fraco vão ao médico uma vez por mês ou de 15 em 15 dias. Mas, com o aumento do nível de CD4, as visitas passam a ser sucessivamente de três em três e/ou de seis em seis meses, sendo este o limite máximo de tempo para ir ter com o médico. Contudo, em questões de emergência, podem se deslocar à US, levando consigo o cartão de identificação e comprovante de que estão em TARV, para que sejam prescritos remédios que não tragam problemas ao TARV.

O que torna a jornada de ida ao médico ou à farmácia para receber os antirretrovirais difícil e complicada é o fato de ter que acordar muito cedo, dificuldades com transporte e ter que passar longas horas na US. Para essas mulheres, “o acesso aos serviços de saúde não passa apenas pela existência do serviço, passa também pela possibilidade que há de ter acesso (...) há vários fatores que a limita, depois da falta de dinheiro para apanhar o transporte” (PS1). Portanto, estes custos sociais que as mulheres têm que dar conta são também parte da história da sua opressão e das relações desiguais de gênero que ainda marcam as relações entre mulheres e homens. Este posicionamento é reforçado pela World Health Organization (2003), quando destaca que são as normas socioculturais que definem os papéis e as responsabilidades de mulheres e homens, mas elas também afetam o acesso e uso de modo diferenciado e desigual por mulheres e homens, dos serviços de saúde, incluindo os serviços do HIV e SIDA. O fato mais evidente é a dependência econômica. As falas que se seguem são ilustrativas do cenário que as mulheres enfrentam para aceder aos serviços de saúde.

Começemos pelas que se referem ao acordar cedo:

Na [fila] às vezes chego sou a quarta pessoa, ao máximo décima pessoa, [é] muita gente, porque eu costume madrugar (E4).

Eu chego às 05h30min porque não quero ser atendida tarde (E9).

Quando tenho [que medir o nível de] CD4, saio às 05h00min para poder tirar sangue (E11).

E,

Vou cedo, em casa saio às 5h00min, chego 5h45min (E12).

Quanto à dificuldade de transporte, essa se manifesta pela falta de condições para pagar a viagem de casa para a US e vice-versa:

Não tenho [dinheiro de transporte], mas dia que sabe, no dia X [tenho que ir a US] ando a vasculhar, pedir cinco conto, cinco conto, até chegar dinheiro (E7).

Só [em transporte] gastei 50 meticais (1, 62 USD) da Matola para aqui, agora estou a ver que [tenho que gastar] por mês um milhão [entenda-se mil meticais], não vale a pena (E11).

(...) eu às vezes não tenho dinheiro de chapa⁸⁰ [para ir a US] (E2).

(...) me deram transferência [para outra US] porque dinheiro de chapa já não tinha (E8).

E,

[A US] é muito longe sim, se eu tenho [dinheiro apanho] chapa, às vezes ando de pé se não tenho dinheiro (E12).

Depois de terem que acordar cedo para poderem ir à US e terem que enfrentar a dificuldade de transporte, as mulheres apontam que passam longas horas nas filas, quer para serem atendidas pelo médico ou outro agente de saúde, bem como para receber e levar os antirretrovirais. Como se pode constatar nas seguintes falas:

(...) eu vou de manhã, 7h00min quase, enquanto estou a sair (...) até 14h00min/15h00min posso ficar (E20).

Esse tempo, é tempo..., é difícil para nós né, porque saímos muito cedo (...), você quando chega cedo tem que ficar a espera da médica (E13).

⁸⁰ Nome de meio de transporte coletivo de passageiros, de caráter privado que varia de 15 a 17 lugares para pequenas vans e 30 a 45 lugares para viaturas maiores.

Acorda às 5h30min, pode chegar lá às 6h00min, mas os médicos atrasam, chegar logo atender, (...), costuma, pode ser, voltar às 14h00min, não gosto, não gosto porque ali fica até sonocar (E10).

E,

(...) porque depois tem que [fazer fila] na farmácia, sim, quase todo dia, 14h00min ou 15h00min (...), quando você sai do médico, vai para a farmácia, lá tem outras pessoas que vêm da consulta (E9).

Como referimos antes, estes aspectos não se manifestaram como causadores de interrupção do tratamento. Mesmo tendo que acordar cedo, percorrer longas distâncias, associado ao tempo de espera na US para obter os serviços, como referenciado por Delmira e Said (2010), as mulheres continuam com o tratamento. No entanto, esse continuar com o tratamento é acompanhado de desafios e obstáculos, tornando o cotidiano delas, no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, problemático.

As queixas sobre o atendimento são ilustrativas de como estão e são os serviços de saúde para as PVHS, bem como se comportam alguns profissionais de saúde. Algo enfatizado por Loforte (2011), ao apontar os obstáculos que as mulheres infetadas pelo HIV enfrentam. Elas raramente têm dinheiro próprio e a procura de meios para pagarem a viagem representa uma barreira adicional para acederem ao tratamento. As que conseguem chegar à US, enfrentam outras barreiras para aceder aos serviços, uma delas vem do fato de existir uma grande procura dos mesmos, o que conduz com a demora no atendimento e longas filas. Algo que se enquadra na vulnerabilidade programática e institucional que estas mulheres têm que vivenciar ao procurarem os serviços de saúde.

Apesar dos obstáculos e das dificuldades, o acesso ao tratamento não pode deixar de ser pensado como meio para a manutenção e inclusão social, adotando a cidadania e a questão dos direitos para PVHS como mecanismos norteadores. Assim, a questão de cuidado social apresenta-se como uma forma de cuidado com a saúde, contrapondo-se aos mecanismos de exclusão e estigmatização, como apontam Botti et al. (2009). Portanto, a possibilidade de ter acesso aos serviços se manifesta como uma forma de enfrentamento ao obstáculo que é o estigma.

Os aspectos que foram relatados atrás, incluindo a questão alimentícia, fazem parte do que é ser mulher, pobre e infetada pelo HIV, isto é, são parte das experiências que espelham um diálogo na e com a sociedade por parte delas. Também nos diz como a questão de subalternas e de menos privilegiadas econômica, cultural e socialmente dessas mulheres se comunica com a condição de saúde das mesmas. Por outras palavras, a saúde dessas mulheres está dependente de outros fatores que não somente os biológicos.

Ainda relacionado à experiência cotidiana com o TARV, este estrutura o modo de ser e estar das mulheres. Elas têm que decidir e cumprir às horas que vão tomar o remédio, horário⁸¹ esse que fez com que elas, biológica e socialmente, desenvolvessem mecanismos de alerta e, ao mesmo tempo, de controle para fazer o tratamento. Acabando por ser, também, como estímulo para a medicação. As falas que se seguem mostram como essa questão se manifesta:

Quando começa dar..., às 8h00min, começa tocar cabeça, às vezes, às vezes parece que há-de sair sangue do nariz, depois, quando tomar, depois passa (E7).

Eu, quando chega a hora começa a dar comichão todo o corpo, depois vejo que já está na hora, quando vejo no relógio, vejo que são horas de tomar comprimidos, depois passa (E6).

(...) aquela coisa de ficar nervosa (...), quando eu não tomar comprimidos estou nervosa, esse [filho] de 17 [anos] mesmo já descobriu (E2).

Eu sinto dor de cabeça, basta chegar àquela hora mesmo, queixasse que já são horas (E4).

(...) isso de recordar, fazem me recordar meus filhos em casa, às vezes, perguntam mamã já [tomou remédio]? (E15).

Eu, minha filha não fala nada, só leva comprimidos, chega mamã... (E14).

E,

⁸¹ Duas vezes ao dia, com intervalo de 12h00min.

Eu em casa até a minha neta, basta ver, vovó 19h00min. Minha nora quando estou fora, mãe, entro tomo comprimidos (E18).

Estas falas são indicativas de que biológica e socialmente as entrevistadas acabaram desenvolvendo mecanismos para que a hora de tomar o medicamento não passasse despercebida, ou seja, esquecida. Ter um sinal corporal de alerta ou alguém da família para lembrar o horário de tomar o medicamento funciona como estímulo para o cumprimento do tratamento no cotidiano (DELMIRA; SAID, 2010). No entanto, há que fazer referência que, como efeitos colaterais da medicação, alguns infetados têm a tendência a sofrer algumas alterações fisiológicas, diferente do alerta para medicar que apontamos. Mas, não foi abordado por nós no estudo.

O TARV, depois que as mulheres começaram o tratamento, passou a ser algo que faz parte de suas vidas, um prolongamento dessas vidas e, conseqüentemente, algo com o qual elas dão sentido à vida. Confere-lhes uma vida “normal” e adia a morte. Mesmo que esse sentido tenha que passar por inúmeros obstáculos e constrangimentos sociais e econômicos. A medicação alterou a forma delas de ser e estarem no cotidiano, ou seja, estruturou o mundo da vida delas. Esse mundo da vida, de experiência de infecção e vivência com HIV, é um diálogo que essas mulheres estão tendo com sociedade e na sociedade, no que diz respeito ao enfrentamento da doença. Também é algo que tem a ver com os problemas que elas e outras pessoas se deparam na sociedade moçambicana, quer os diretamente relacionados aos serviços de saúde, bem como aos dilemas de locomoção, alimentação fraca, capacidade de aceder aos recursos, pobreza, entre outros que abordaremos em seguida.

Para Osório (2004), a situação social e econômica de Moçambique é determinante para entender e explicar as dificuldades encontradas no enfrentamento da infecção pelo HIV e na vida das pessoas infetadas. Porque, a condição social e econômica das mulheres segue as ofertas que o país dispõe para que as pessoas melhorem as suas condições. Isto é, as questões conjunturais do país são determinantes para a vida que estas mulheres levam no cotidiano.

Aderir ao tratamento, frequentar as US´s e ter várias relações sociais pode ter outro obstáculo, o estigma e a discriminação. Nos parágrafos seguintes, iremos ver como essas questões interferem no cotidiano dessas mulheres. Iremos constatar que o HIV e SIDA ainda, na atualidade, se manifesta como uma doença “clandestina”, na medida

em que as mulheres pouco revelam o seu estado sorológico e querem que poucas pessoas saibam. Por isso estrategicamente elas acabam omitindo seu estado sorológico. Não será uma forma de elas decidirem sobre suas vidas? Isso não faz delas mulheres ativas? Será que elas revelando o estado sorológico são passivas? Questões muito complexas e pouco exploradas aqui.

4.3 Entre o silêncio e a revelação do estado sorológico

O HIV e SIDA era e continua uma epidemia que carrega com ela muito preconceito, discriminação, estigmatização, segregação, abandono e outros males sociais. Esses males fazem com que as pessoas infectadas vivam com o dilema de revelar ou não o seu estado sorológico; se se mantêm em silêncio ou em segredo; se vivem isoladas ou não; se vivem sem convívio social (família ou com vizinhos e/ou membros da comunidade de onde fazem parte). Isso, porque as pessoas infectadas pelo HIV são vistas como desviantes e a doença é tida como “dos outros”, entre outros aspectos.

Estudos sobre esses males sociais são muitos nas Ciências Sociais e Humanas. Na sociologia, muito dos estudos são inspirados nos trabalhos de Howard Becker (2009) e Erving Goffman (1988), ambos destacam nas suas reflexões o caráter relacional do desvio e do estigma, respectivamente.

Para Becker (2009), o termo desvio supõe uma relação social, sendo o foco as relações que produzem regras e exigem seu cumprimento. As regras são socialmente produzidas e com elas há processos de imposição de rótulos aos que são designados como desviantes. O desvio não é uma qualidade que reside no próprio comportamento, mas na interação entre a pessoa que comete um ato, considerado desviante, e aqueles que reagem a ele. O desviante é assim, um *outsider*. Portanto, o desvio e os *outsiders* que personificam a concepção abstrata, devem ser vistos como consequência de um processo de interação entre pessoas. Algumas das pessoas, a serviço de seus interesses, fazem e impõem regras que apanham outras pessoas que, também, a serviço de seus interesses, cometeram atos rotulados como desviantes e não aceitos. Aqui, fica visível que nesse processo de interação há uma disputa de poderes.

Por sua vez, para Goffman (1988), o termo estigma é relacionado à situação do indivíduo inabilitado para aceitação social, podendo estabelecer uma relação com a questão do desvio. O estigma refere-se a uma característica cujo efeito do descrédito nas relações sociais é muito

grande. Este termo é usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas que, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Nas várias relações sociais que o termo evoca, quando os ditos normais e estigmatizados realmente se encontram na presença imediata uns dos outros, especialmente quando tentam manter uma conversação, ocorre uma das cenas estudadas pela sociologia. Porque, em muitos casos, esses momentos serão aqueles em que ambos enfrentarão diretamente as causas e efeitos do estigma. Portanto, no estudo sociológico de pessoas estigmatizadas, o interesse está geralmente voltado para o tipo de vida coletiva que levam aqueles que pertencem a uma categoria específica de indivíduos na sociedade.

Pessoas infetadas e vivendo com o HIV e SIDA fazem parte da categoria particular de indivíduos ou grupo de indivíduos que, nas várias relações, na família ou na comunidade/vizinhança presentes no cotidiano, passam por momentos de estigmatização e são considerados *outsiders*. Passam por dilemas de ter ou não vida coletiva. Passar por esses momentos pode fazer com que o estado sorológico das PVHS piore e, conseqüentemente, levar a morte. Para as mulheres por nós contatadas, a situação de pobreza e dependência econômica, aliada ao estigma faz suas vidas mais complicadas ainda. Para fugir ou lidar com as possibilidades de estigma gerados pela doença, Castellanos e Nunes (2005) destacam que os indivíduos reorganizam seu mundo da vida adotando estratégias para lidar com essa questão social.

Pesquisando sobre o estigma, Cau (2014) aponta que, nos esforços de enfrentamento ao estigma do HIV, deve-se prestar mais atenção aos grupos menos favorecidos, os que sejam menos escolarizados, os residentes nas áreas rurais ou pertencentes às famílias pobres, como são as nossas entrevistadas. No entanto, o estigma do HIV refere-se ao preconceito, desconsideração, descrédito e discriminação que pessoas e/ou grupo de pessoas infetadas pelo HIV são alvo em suas relações sociais, mesmo quando não há agravantes.

Momentos de estigma fazem parte das experiências cotidianas que as mulheres que entrevistamos têm nas relações sociais com familiares e vizinhos nos bairros onde residem. Elas também passam por situações onde acabam omitindo ou ficando em silêncio sobre o seu estado sorológico, construindo estratégias para fugir ao estigma. Contudo, a situação mais preocupante de estigma que as mulheres são sujeitas é aquela que ocorre no grupo de convivência onde elas deviam ter mais acolhimento e carinho, a família.

As falas que se seguem mostram situações de estigma perpetradas por familiares delas:

Só uma minha filha aí, tem 25 anos, ela não me visita, mal que soube que mamã está doente, não aparece em casa, não me visita... não me visita, mal soube que eu estou doente não liga para mim (E12).

Eu também tenho esse meu filho que tem 23 anos, quando soube que eu foi na televisão, não pisa na minha casa, nem quis ver meu casamento. Porque eu fui manchar a minha vista, a minha visão na televisão, começou falar muitas coisas, começou para agitar os irmãos [em outro cenário familiar aponta] minha cunhada própria deu-me comida, deu chá. Quando eu saio começou a levar aquele prato partir [quebrar], porque eu tenho SIDA, levou aquela chávena partiu, e os filhos a ver. Os filhos dela [me disseram] ‘tia mamã aquilo que anda fazer quando você pegar o copo, pegar água, pegar no prato comer, [ela] fica a partir esse prato, fica a partir o copo’. Então eu já não bebia água, não comia nada (E2).

Dei parto, voltei para casa da minha sogra, com dois meses o bebê fui mandada embora, começaram a falar coisas, não sei quê (E15).

(...) só a segunda, a seguir de mim está sempre me difamar... como eu estava gorda (...), parece estar (...) estar numa festa: ‘essa minha irmã tem SIDA’, dizer: ‘essa não podem lhe pegar, tem SIDA’, sempre assim mesmo (E11).

E,

(...) este meu irmão que vivo com ele, porque até dizia aos filhos para não entrar no meu quarto, para não pegar o que é meu (E3).

Estas situações de estigma, discriminação, segregação, entre outras que fazem parte das experiências cotidianas que as mulheres têm devido à infecção pelo HIV, mostra outro dos desafios que elas têm. Principalmente quando vem do lugar onde elas deviam ter maior apoio e suporte, a família. E este aspecto é uma das causas sociais que pode levar a morte e, conseqüentemente, uma das barreiras no enfretamento do HIV e SIDA, como destacam Ministério da saúde, Instituto Nacional

de Estatística e ICFI (2013); Sambisa Curtis e Mishra (2010) e United Nations Programme on HIV/AIDS (2013).

Para as mulheres que fazem parte de nossa pesquisa, esta questão não se faz sentir somente nas relações sociais de âmbito familiar, mas também nas relações com vizinhos, como podemos constatar nas falas que se seguem:

Eu era magrinha e as pessoas tinham medo de mim na rua, eu ia pedir cabelo para me trançar, ‘venha lá... quero tomar chá, venha as 15h00min’, vou as 15h00min, ‘não, estou para sair’ (...) então um dia a minha sobrinha [ela e a madrastra] começam a discutir [e ela diz:] ‘por essa razão você anda a discriminar minha tia, toda gente aqui nem quer trançar a minha tia por tua causa’ (E3).

Nos vizinhos falavam, como eu vendia às vezes, diziam outras pessoas para não vir comprar pães⁸² na minha banca porque eu sou [soropositiva] (...) só falavam, outras pessoas vinham me dizer: ‘dizem que você tem SIDA, você está doente, nós não podemos vir [comprar teu pão] (E6).

Os que falavam mal [são] os meus vizinhos que sempre chamava Sidinha⁸³, meu nome quando ficava doente (...) ele às vezes quando eu sair assim ou vou ao mercado, porque tentava para aquelas crianças (...), eu às vezes saía, mas eu estava magrinha, eu saía, chamava Sidinha está se passar, Sidinha vais para onde (E8).

Foi logo depois do falecimento do meu [primeiro] marido, porque como ele estava muito mal tive que pedir um vizinho que tinha carro para nos levar para o hospital. Então, acho que ele como vinha acompanhando tudo foi contar a esposa e a esposa começou a fofocar (E14).

Só falavam que aquela ali tem SIDA, vai morrer, aquela ali eu posso apanhar, pedir [carona], uma

⁸² Em Maputo é comum às pessoas comprarem pão nas padarias para revender em casa ou nos mercados informais.

⁸³ Diminutivo pejorativo para o SIDA.

pessoa de SIDA eu não posso carregar, meter no meu carro, está ver, falavam (E20).

E,

Mas, nós éramos muitos aqui [na AH] sentados, [alguém] chegou insultar: ‘você todos estão podres’ (E8).

Moçambique possui mecanismos legais que punem atos que estigmatizam e discriminam as PVHS, como está demonstrado no **APÊNDICE A**. Embora esses mecanismos legais sejam importantes, não tivemos contato com alguma literatura ou pesquisa sobre punição de pessoas que tenham estigmatizado às PVHS⁸⁴. Aspecto importante para refletir e pesquisar tendo em conta que o estigma relacionado ao HIV “... aumentou ou está igual” (PS1).

Pelas falas das nossas entrevistadas, é algo que se manifesta na família e na comunidade. Na medida em que, para a (PS2):

Ao nível da comunidade, tiveram conhecimento os vizinhos, etc., que elas são afetadas pela doença e que são realmente muito discriminadas ao nível da própria comunidade. A situação da discriminação continua, a situação da discriminação, a questão de estigma (...), de uma forma geral, mas as mulheres parece serem mais discriminadas e estigmatizadas pelo fato de terem esta doença.

Este fato de as mulheres constituírem o segmento da população mais estigmatizada reforça a sua condição de subalterna. Também ajuda na reflexão sobre a feminização do HIV e mostra que as relações desiguais de gênero estão presentes na vulnerabilidade feminina à infecção. Consequentemente, os demais impactos sociais que a condição de infetada traz, afeta-as emocional, social e financeiramente. As falas das mulheres mostram o constrangimento que elas sofrem em seu cotidiano. Elas estão expostas a situações e relações sociais marcadas por estigma, discriminação e segregação social associado ao estado

⁸⁴ Apesar não termos tido contato com literatura que dê conta de casos em que estes mecanismos legais de proteção as PVHS, pensamos que seja necessário fazer-se pesquisa para ver o nível de habilidade dos mesmos na conscientização e redução de casos de estigma e atitudes discriminatórias.

sorológico. As vidas delas são atravessadas por estresses e dificuldades como temos vindo apontar (BOTTI et al., 2009; PEREIRA et al., 2011).

De acordo com Loforte (2011), a exposição que elas acabam sofrendo faz com e passem por situações de humilhação e maltrato. Elas também são alvo de más falas e comentários pejorativos. Aspectos que mostram como o estigma e a discriminação associados ao HIV continuam. Para Reis e Xavier (2003), esses aspectos fazem com que a infecção por HIV seja uma doença com conotações desvalorizadas moral e socialmente. Práticas essas que não escolhem, de acordo com as falas das mulheres, lugares e nem relações sociais para se manifestar. Para elas, é na família e na vizinhança/bairro onde mais acontece.

Diante destes cenários, isto é, como estratégia de fugir ao estigma e discriminação, as mulheres tendem a esconder o seu estado sorológico, ficando em silêncio ou omitindo o estado. Esta questão de as PVHS não revelarem o estado sorológico foi algo que sentimos como dificuldade para entrevistá-las, uma vez que elas se preocupavam com o fim que seria dado ao material, temendo que ficassem expostas. Elas pensavam que o pesquisador fosse jornalista que depois iria publicar em uma matéria jornalística quem elas eram.

De acordo com Guilhem e Azevedo (2008), se o objetivo é enfrentar o problema colocado pela disseminação do HIV, há que fazer a opressão e a submissão das mulheres passarem do silêncio à fala. Mas essas mulheres podem deparar-se com hostilidades e rejeição das pessoas próximas. Ficando expostas correm riscos de distanciamentos de seus familiares ou de relações sociais importantes, como as de vizinhança. E, imersas neste contexto, a dificuldade em falar do diagnóstico faz parte das experiências cotidianas com a infecção, como acrescenta Botti et al. (2009).

Em certos casos as mulheres optam por ficar em silêncio sobre o diagnóstico, como fuga ao estigma e discriminação, mesmo entre os familiares⁸⁵, como nos apontam os seguintes depoimentos:

Tenho seis [irmãos]. Só as gêmeas, juntei as duas e contei. Eu não cheguei de dizer porque vi que a minha família... Explicar que é isto, isto, como... São pessoas que falam muito. Inclusive a minha mãe, fala, eu não disse nada. Ainda está viva, quem morreu é meu pai. Fala muito, por isso eu limitei não dizer nada (E1).

⁸⁵ Aqui faz sentido reforçar a importância do confidente.

(...) quem soube mesmo que eu sou [soropositiva] é meu sogro, a minha mãe, a minha irmã que está me seguir e (...) o meu marido. Então aqueles todos da família (...) não sabe (E8).

Quando recebi essa notícia contei para meu irmão que está na África do Sul. Somos oito [irmãos]. (...) Tenho dois [filhos] primeiro tem 25, o segundo tem 23. Na minha casa os meus filhos não sabem, não posso mentir. Nem desconfiam. Não, o problema eu estou a esperar, eu, por exemplo, o meu filho começar a trabalhar hei de contar. Acho porque as pessoas não sabem da minha situação [não sofro estigma ou discriminação]. O que me leva a não dizer, bem, a minha família, é porque minha família muita gente bebe, e quando já beberam, ali começam a contar (...). Na minha família ninguém sabe, por isso talvez não me desprezam (E9)⁸⁶.

Fiquei calada, não contei a ninguém, fiquei quase dois anos. Fiquei assim sem contar, mas em 2003 quando começaram os antirretrovirais (...) então tive que chamar minha irmã para assinar, nem informei nada. Foram já contar no hospital. [Os outros quatro irmãos] ainda não sabem. [Com atual parceiro] a família dele também não [sabe], só ele sabe (E14).

[Ao meu atual parceiro] eu não lhe disse por causa do primeiro, porque ele quis levar aquilo ali para todos meus vizinhos saberem que estava naquela situação (E15).

Como também para os vizinhos:

Vi quando querer falar nas amigas se não vão publicar muitas coisas, também cada vez mais pode vir aumentar-se. Já preferi..., só contei uma, só uma, esses que estamos juntos em casa, (...). Para pessoas de fora, nada, só talvez se

⁸⁶ Esta entrevistada tem uma irmã mais velha infetada. Ela sabe do estado sorológico da irmã, mas a irmã não sabe do dela, isto é, ela é a confidente da irmã mais velha.

encontramos ali no hospital, como somos muitos que temos ali. Mas, pela minha boca, não contei (E17).

Não, eu não falo, eu não disse às minhas vizinhas que eu estou doente. Não sabe que eu estou nessa situação. Eles só estão me ver como sou magrinha (E7).

E,

Eu tenho os meus irmãos, da minha parte não sabem, da minha parte não sabem. Não posso dizer sobre as minhas vizinhas, se sabem ou não. Das minhas vizinhas quem sabe [são aquelas] que já me encontrei com [elas] no hospital, ali mesmo, ali, mas, muitos não sabem (E5).

Estes relatos deixam evidente que as mulheres sabem que ao revelar o estado sorológico podem sofrer atos de estigma e discriminação. Para evitar isso, elas mantêm-se em silêncio ou omitem que são soropositivas. Para Sambisa, Sian e Mishra (2010), o silêncio/omissão vem do medo que as pessoas infetadas têm de experimentar violência, ostracismo e discriminação. Assim, estrategicamente, as mulheres preferem não ter o seu estado exposto como maneira de evitar rejeição social. Essa rejeição no caso das mulheres por nós contatadas pode vir de pessoas próximas como família e vizinhos, com quem tem relações importantes, acrescenta Botti et al. (2009).

Há situações de omitir ao parceiro, caso da entrevistada 15. Situação que coloca seu parceiro em situação de vulnerabilidade de infecção. Mas ela pode ter essa atitude com receio de perder o parceiro. Mesmo sendo este o único caso que encontramos entre casais discordantes (namorados, no caso) onde o parceiro não sabe, o silêncio/omissão pode ser visto como uma das razões de novas infecções e de alastramento do HIV, segundo Sambisa, Sian e Mishra (2010). Enfatizando essa questão, com aspectos ilustrativos das desigualdades de gênero, uma das informantes-chave aponta que as mulheres:

Não revelam, por um lado, porque já existe a concepção de que muitas vezes as doenças que existem ao nível das famílias, as mulheres é que trazem. Na sociedade patrilínea, a mulher ao nível da família vai viver junto da família do

marido e é vista como uma estrangeira, que potencialmente traz o mal para a família. (...) as mulheres são tidas como as portadoras da doença. Então, a partir dessa situação, desta suspeição, ela não vai revelar, não só ao parceiro, como não vai revelar aos membros da família que ela tem a doença. Para consolidar esta ideia, esta apreciação que já existe, que elas realmente é que trazem a desgraça e a doença para a família (PS2).

Reforçando as razões que podem estar por de trás da omissão/silêncio, Delmira e Said (2010) destacam que comunicar à família que está infetada pelo HIV e que está a fazer o TARV pode ter muitas implicações. São essas implicações: abandono do parceiro, rejeição por parte da família do parceiro, perseguição por parte de parentes, perda de filhos e da casa. As seguintes falas demonstram cenários de abandono e perseguição:

[Depois da morte do meu marido] minha sogra disse que quando eu receber [a pensão] hei de morrer, então se seu viver na casa hei de morrer. Então eu preferi abandonar a casa e dinheiro, deixei para eles (E11).

(...) meu marido foi me deixar na casinha de aluguer, pagava mensalmente. Pagou seis meses, cortou. Então saí daquela casa e fui na casa dos meus pais. É difícil viver em casa dos pais com crianças atrás (E1).

E,

O meu marido, quando comecei ficar doente, me discriminou, saiu de casa, me deixou da casa com os filhos, saiu ter com outra mulher (E10).

Estigmas, preconceitos, discriminação, segregação, abandono e perseguição são atos socialmente desvalorizadores com que lidam as mulheres infetadas pelo HIV, conferindo-lhes uma espécie de “morte social”⁸⁷. Esses atos também mostram que a condição de infetadas piora a sua condição de subalternas, dependentes e de vulneráveis socialmente. A revelação ou constatação por parte do parceiro ou familiares faz com que passem por violências de gênero, afetando-as

⁸⁷ Para mais pormenores sobre a questão de “morte social” ver Goffman (1974).

psicológica, física e economicamente. Principalmente por serem mulheres desempregadas, na sua maioria.

A partir das experiências destas mulheres, existe uma necessidade de a sociedade perpetrar transformações sociais e culturais quanto ao enfrentamento do estigma relacionado ao HIV. Porque, de acordo com Botti et al. (2010), ficam evidentes as fontes de estresse cotidianas de mulheres infetadas pelo HIV. Nessas transformações as questões de gênero são fundamentais, uma vez “que influenciam o comportamento, os pensamentos e os sentimentos dos indivíduos, afetam as interações sociais”, neste caso específico, negativamente (Ibid., p. 83).

Ao se perpetrar essa transformação, há que ter em conta as práticas culturais e tradicionais que apontamos antes, nocivas para as mulheres moçambicanas, na medida em que essas práticas, direta ou indiretamente, influenciam na infecção pelo HIV e nas consequências pós-infecção. A transformação terá que ter em conta o cenário que coloca as mulheres como as disseminadoras da infecção e fontes das desgraças no seio das famílias. Principalmente quando elas são as “estrangeiras”, isto é, elas saem do seu grupo familiar para o grupo do parceiro.

Assim, transformando o cenário desigual que marca as relações de gênero, as mulheres devem deixar de ser vistas como as disseminadoras do HIV. E, como os nossos dados indicam que a infecção é em relacionamentos estáveis, elas são sim receptoras passivas da infecção, às vezes devido a um relacionamento anterior. Passivas, neste caso, porque as relações gênero e as práticas culturais e tradicionais as colocam em situação de inferioridade e subalternas em relação aos homens. Aqui, a questão de negociar o uso do preservativo, ou seja, delas terem capacidade de negociar esse uso, pode transformá-las em ativas. Mas adiante, iremos ver como, pós-infecção, as mulheres entrevistadas têm atos que as colocam como atoras no cotidiano. Então, elas não são totalmente passivas, havendo atos latentes de negociação dos seus papéis.

Se o HIV tem uma face feminina, as mulheres soropositivas também são a face do estigma e da discriminação que está associado ao HIV. Os dados nos indicam que elas não são as disseminadoras ou quem “transporta” o vírus do HIV de fora para dentro do lar ou da relação. Evidencia, sim, a sua vulnerabilidade social e biológica à infecção. Estes aspectos, que espelham relações de gênero, reforçam a ideia de que as experiências destas mulheres são uma forma de diálogo com e na sociedade moçambicana, mais ampla.

No entanto, mesmo termos trazido que a questão do estigma, preconceito, discriminação e segregação fazem parte do cotidiano dessas mulheres, elas constroem mecanismo para fugir a esses impasses. Dentre esses mecanismos está o silêncio e a omissão do estado sorológico. Nos parágrafos seguintes, vamos mergulhar em outro mecanismo, coletivo neste caso, que as mulheres constroem para fugir às dificuldades que a infecção pelo HIV as faz viver. Aqui, também, iremos procurar mostrar que essas mulheres podem ser atoras e que podem traçar o destino de suas vidas. Destino sempre marcado pelas desigualdades de gênero, práticas socioculturais e tradicionais.

4.4 AH: solução, fuga ou convivência positiva

A condição de infetadas deu a estas mulheres uma nova vida coletiva. Vida coletiva essa que vai além da vida familiar e de vizinhança. Elas acabaram com isso entrando em uma nova família, “família positiva” e/o “família soropositiva”. Essa família lhes confere vida coletiva, estruturando e configurando o mundo da vida delas. Como essa vida se manifesta? Durante o nosso campo notamos que as mulheres, ao se comunicarem, chamavam uma à outra de irmã. Irmã X, irmã Y, etc. Em outras ocasiões, para se saudarem diziam bom dia/boa tarde irmã Hixikanwe (estamos juntos).

Sair de casa para a AH e se encontrar com as irmãs, para além de fugirem do estigma, elas encontram um lugar de solidariedade. Um lugar de partilha de sofrimento. Um lugar de partilha de conhecimento e de troca de experiências. Nesse encontrar as irmãs, elas aliviam os estresses e dificuldades que apontamos antes. Porém, aliviam e esquecem essas questões por momentos, porque ao saírem da AH voltam às outras redes de convívio, família e vizinhança. E o drama de ser infetada pelo HIV volta a manifestar-se. Mas, o importante é que elas capitalizam essa rede social e de convívio que é estar entre iguais.

Para Goffman (1988), os membros de uma categoria de estigma particular tendem a reunir-se em pequenos grupos sociais cujos membros pertencem a mesma categoria. Quando um membro da categoria entra em contato com outro, ambos podem dispor-se a modificar o seu trato mútuo, devido à crença que fazem parte do mesmo grupo. Como apontamos para as mulheres que entrevistamos, ao se tratarem como irmãs, vemos que a AH constitui, para essas mulheres, um grupo social na perspectiva de Goffman.

Não é a AH como uma instituição diretamente o nosso foco de análise, mas sim as experiências cotidianas das mulheres que se

aproximam a ela devido às dificuldades que a infecção pelo HIV traz nas suas vidas. Importa destacar que esta associação, como muitas outras de várias índoles, respondem a uma conjuntura que atravessa Moçambique. As condições econômicas, políticas e sociais que marcaram o país nas duas últimas décadas do século XX, criaram um ambiente propício para revalorização e, em muitos casos, a reativação ou criação de redes de solidariedade. Surgiram diferentes formas de associativismo e práticas cooperativas, como maneira alcançar alternativas para assegurar o acesso de determinados grupos sociais aos “bens essenciais” e à mitigação de carências sociais (informação verbal)⁸⁸. Assim, a fraqueza econômica destas mulheres pode ser outro motivo, além da infecção, para elas se inserirem na rede social que é a AH.

Essas associações passam a ser uma espécie de “braço” do Estado. Chegam e cumprem algumas necessidades que o Estado não consegue prover ou é totalmente ausente para provê-las. É uma alternativa viável à falta de resposta ou ausência dos poderes públicos na produção de bem-estar social. Casimiro (2004) acrescenta que se manifestam como processos ou projetos de ajuda mútua em iniciativas, por exemplo, de saúde comunitária, como veremos adiante nos cuidados domiciliários prestados pelas mulheres que têm um vínculo ativo com a AH.

Passando por momentos de pouca aceitação social, as mulheres têm no contato com outras mulheres infetadas uma ocasião para elevar a sua autoestima. É como se elas ganhassem uma nova identidade. Identidade essa que contrapõem à identidade desvalorizada que marca a pessoa infetada. É uma oportunidade para fugir aos rótulos e conotações negativas que a sociedade lhes impõe. A convivência com mulheres infetadas passou a ser uma maneira de elas mesmas darem sentido à vida. É um mecanismo de coesão na construção de suas identidades soropositivas.

Estar com as outras mulheres, como apontamos antes, faz com que elas tenham o sentimento de pertença e de participação em uma nova família. Assim, integradas na AH, elas sentem os benefícios de estar em um lugar com outras mulheres infetadas porque “ganhei muita coisa, ganhei família. Somos uma única família. Temos apoio moral,

⁸⁸ **Solidariedades sociais e novos desafios:** uma alternativa viável para as estratégias de mitigação dos impactos do HIV/SIDA nas zonas rurais em Moçambique? Comunicação oral apresentada pela Prof.^a Teresa Cruz e Silva no VII congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais em Coimbra, 16, 17 e 18 de setembro 2004.

apoio alimentar, de vez em quando, estou ali na escolinha [da associação], divertir, estou em casa” (E14).

O espírito familiar que as mulheres invocam estando na AH manifesta-se também no fato de a associação oferecer cesta básica. Essa cesta básica, que quando fizemos a pesquisa de campo, era fornecida à associação como parte de um programa do Fórum Mulher. Essa cesta básica, porém, é oferecida por tempo determinado. Além dessa ajuda alimentar, a AH reúne as mulheres todas às terças-feiras para oferecer uma refeição e isso faz parte dos momentos de convivência mútua. A imagem que segue reporta momentos de distribuição de cestas básicas e de uma refeição oferecida pela AH.

Essa convivência mútua também é um lugar de aprendizado. Muitas delas não sabiam o que era o vírus do HIV antes de infetadas. Estando na associação, partilhando experiências e conhecimentos, elas ganham *inputs* que servem como formas de empoderamento em matéria de enfrentar o vírus do HIV. Fato que faz com que elas façam visitas domiciliares, prestando cuidados para pessoas também infetadas pelo vírus, como veremos mais adiante. Mas, também lhes confere conhecimento para cuidarem da saúde delas mesmo.

Imagem 1. Algumas cestas básicas e mulheres passando uma refeição oferecida pela AH.



Fonte: Imagem feita pelo autor durante o trabalho de campo, 24/01/2014.

Outro aspecto de realce é que esta “família”, em virtude da fraqueza econômica das mulheres, promove casamentos coletivos. Esses

casamentos são para as mulheres que desejam contrair o matrimônio e não têm condições para tal. Assim, a AH ajuda-as a realizar sonhos, como mostra a seguinte fala: “Senti-me emocionada. No sentido de que já tinha sonho de casar, mas não tinha como casar. Então, senti-me muito emocionada. Muito feliz. Não tinha como, a maneira, meios financeiros [para casar]” (E19).

O “ter uma família” para elas é que, estando entre elas, conseguem ter aquele apoio moral que esperavam ter em casa, junto dos familiares. Portanto, aliviar o estresse e partilhar os problemas é, para elas, ganhar tempo para ter “divertimento, gosto do divertimento, porque quando estou aqui não penso muito. Estou me aliviar quando estou aqui” (E3). Enfatizando a questão de convivência entre iguais, outra entrevistada aponta que o “ambiente, o convívio em si é muito bom. Às vezes tu pensas que estás sozinha, mas quando estás aqui dentro você vê que você não está sozinha” (E13). Para elas passa a ser uma nova forma de estarem e encararem o mundo da vida.

Fazendo parte desta “família”, as mulheres, como aponta Goffman (1988), compartilham o mesmo estigma, por isso se definem umas às outras como iguais. Este autor acrescenta que os membros de um grupo de estigma particular tendem a reunir-se em pequenos grupos sociais, onde os membros se sentem pertencendo a mesma categoria. Para serem tomadas como iguais, é a infecção pelo HIV que se torna uma característica comum. Mas, como temos vindo a apontar, características socioeconômicas e outros aspectos sociais, por exemplo, desemprego e pobreza servem também para identificá-las como iguais. Paralelamente, Pereira e Costa (2013) apontam que esse encontro com iguais é crucial, por ser compreendido como um pedido de participação no jogo relacional para a construção da subjetividade da portadora de HIV. Algo que tem a função de manter ou redefinir a sua identidade de excluída.

Estando entre iguais, as mulheres acabam criando uma rede de apoio e de partilha; rede de confiança e ajuda mútua; rede partilha de informação e partilha de sofrimento. Funcionando como estratégia de mitigar os efeitos sociais que a situação de infetadas provoca. Assim, para elas, esta convivência mostra que no cotidiano de infetadas é melhor estar coletivamente do que estar individualmente e não ter como ultrapassar os problemas. Este encontro com as outras iguais se manifesta, como aponta Loforte (2011), como uma maneira delas contornarem a exclusão de atividades coletivas derivadas do estigma e da discriminação. Esses encontros servem também para elas partilharem experiências e adquirirem conhecimentos sobre o HIV e SIDA.

Aqui elas também ficaram sabendo da existência de leis que protegem os soropositivos, consequentemente adquiriram conhecimento de seus direitos. Estar nesta convivência mútua ou na rede de solidariedade que é encontrar-se com iguais é, também, um mecanismo de enfrentamento da feminização do HIV, bem como de tentativa delas encararem a infecção com alguma esperança o futuro mesmo depois do diagnóstico. Esse conhecimento constitui um capital social para as mulheres. Este capital social se manifesta de duas maneiras.

A primeira vem do fato de que elas ficam cientes de que o TARV não deve ser um tratamento no qual elas também usem medicamentos tradicionais. Durante as entrevistas elas mostraram que, depois de infetadas, não recorreram à medicina tradicional ou outra medicina alternativa para reduzir os efeitos da infecção. Este fato vem da troca de experiências em nível do grupo de iguais. Assim, os encontros na AH também servem para disseminar entre elas a informações da incompatibilidade entre as duas medicinas para dar conta da infecção. Portanto, a condição de infetadas, aproximando-as da associação, permitiu a elas adquirir conhecimentos sobre HIV. Assim, este grupo se manifesta como um agente socializador. Essa socialização lhes permite cuidar de outros infetados, como apontaremos em seguida.

A segunda maneira deriva da primeira. Antes, devemos realçar que é algo que também permite contornar o cenário de exclusão de atividades coletivas. Com o conhecimento adquirido sobre o HIV, elas se tornam ativistas no enfrentamento à infecção. Aqui se manifesta o vínculo ativo com a AH, do qual falamos. É um sentimento de pertença e de participação na mitigação dos efeitos do HIV. É também um aprendizado de novas maneiras de interagir, onde desenvolvem habilidades e talentos para cuidar de outros infetados. Com esses recursos, estas mulheres oferecem cuidados domiciliários para pessoas infetadas pelo HIV. Portanto, realizar cuidados domiciliários é uma forma de aprendizado e de transmissão de conhecimento. Também serve para ajudar aos que não aderem ou desistem do tratamento. As falas seguintes mostram como elas exercem esse cuidado:

Experiência já tenho porque, por exemplo, eu posso cuidar de uma pessoa [soropositiva]. Sei aconselhar a pessoa a aderir ao tratamento... assisto todas as aquelas pessoas que entram pela primeira vez na associação, que são [soropositivas] (E9).

(...) consigo me cuidar eu sozinha e ajudar as minhas colegas que aparece [enquanto] está muito mal (E1).

Quando chegar fazer isso aí... ah consegue dar conselho. Se é homem, mesmo homem nós costuma atender. Se é homem, se é mulher eu costuma dizer irmã você não pode ficar triste. Você tem que ficar bem. Isto é uma coisa que passa. Você não pode tomar comprimidos com estresse (E8).

E,

Ganhei [conhecimentos] e ajudo muitas pessoas. E através de visitas, de busca [dos que desistem do tratamento], foi uma casa de uma menina. Uma menininha de 19 anos tinha abandonado tratamento. Eu disse menina você sabe que está em risco agora, vai infetar muitas pessoas e também vai ficar infetada. Você vai ter ITS e muitas doenças, você vai ter, e muitas pessoas, quando eu ver está doente, eu vou dizer a ele ou a ela, vamos ao hospital. Eu vou te acompanhar, é uma pessoa que eu estou a ver ele está mal, eu acompanho (E18).

Essa possibilidade das mulheres fazerem visitas domiciliares para prestar cuidados a PVHS lhes confere liberdade e autonomia de ir e vir. Abre-lhes oportunidades de estabelecerem outras relações sociais no cotidiano, fazendo parte de suas experiências como infetadas pelo HIV. Elas são assim ativas, porque o fazem por iniciativa própria, conferindo-lhes certo poder de decisão em suas vidas. Fazendo isso, elas prestam serviços sociais. Mas isso pode constituir um fardo, uma vez que, mesmo prestando essa assistência, elas ainda têm as dificuldades em alimentação apontadas atrás. Ainda são desempregadas, porque esse ativismo não é remunerado. E ocupa o tempo delas, o que pode agravar o cenário de vulnerabilidade social delas. Mas, também, espelha as desigualdades de gênero relacionadas à saúde delas.

Este ativismo, que se manifesta por assistência à PVHS, deixa evidente a questão dos papéis sociais de gênero. Onde as reponsabilidades de cuidado de pessoas doentes recaem sobre as mulheres. Mais um motivo de agravo da situação de vulnerabilidade dessas mulheres. Reforçando esta questão, Galvão (2010, p. 18, grifo nosso) aponta que:

As necessidades sentidas pelas mulheres na realização das tarefas domésticas, ou seja, no desempenho do papel de cuidadora, faz com que elas sejam as principais frequentadoras dos serviços de saúde, pois além de sua própria saúde elas são responsáveis também pela saúde dos demais membros da família. Neste sentido, a atuação das mulheres no campo da saúde, **via ativismo comunitário**, confunde-se com o papel que desempenham no âmbito doméstico. Assim, o “cuidar” aparece como inato às mulheres e associado ao campo afetivo.

O fato de as mulheres serem consideradas cuidadoras natas⁸⁹, espelha como os processos socializadores e a definição dos papéis de gênero colocam as mulheres em funções ditas frágeis. Isto é, as relações desiguais de gênero já estabelecem os papéis “adequados” para as mulheres e as questões culturais específicas da sociedade moçambicana pesam nessa estruturação das funções. Em consequência disto, elas são relegadas para o segundo plano. Sem estímulo nenhum e sem valorização do trabalho que fazem.

Neste sentido, este ativismo se configura como uma extensão do papel de mães, contudo, invisível e não remunerado. Situação esta agravada por serem mulheres soropositivas. Neste sentido, relacionado com o ativismo, o fato de exercerem trabalhos assistenciais nas comunidades, como estratégia de melhoria da qualidade de vida das pessoas, transmitindo novos conhecimentos, de acordo com Loforte (2003, p.191):

A mulher não é apenas educadora a nível familiar, mas, igualmente, a nível social, e sua [ação] fora do lar será uma extensão do papel de conselheira e mãe a outros níveis da sociedade. Elas usam estas posições para ganhar poder e influência.

Em outro desenvolvimento, Loforte (2011) destaca que as mulheres é que tendem a estar significativamente nos cuidados domiciliários a PVHS. A autora aponta que isso se deve a diferentes razões. Razões essas que denotam as desigualdades de gênero e poder

⁸⁹ Para mais conhecimento sobre os estudos relativos aos “cuidados” exigidos das mulheres (*care* em inglês), naturalização do trabalho feminino e da invisibilidade do mesmo, ver, entre outros, Boris (2014); Hirata e Kergoat (2007).

existentes nas práticas assistenciais. Ainda para Loforte, reforçando o posicionamento anterior de Galvão (2010), o trabalho doméstico é visto como atividade natural das mulheres. Elas são tidas como guardiãs da tradição, das normas dos grupos e, por isso, estão aptas para cuidados dos doentes. E os homens, vistos como ganha pão, não podem ser vinculados a este tipo de atividades sem remuneração. Assim:

O cuidado domiciliário é um trabalho feminino num contexto onde a feminilidade é construída a partir de valores que sublinham a subserviência e a dedicação ao outro. Num campo vasto de dominação masculina, ele é remetido para a esfera do privado, é desvalorizado, desqualificado, e concebido como se não requeresse habilidades e competências (Loforte, 2011, p. 8).

Ao fazerem esta atividade, as mulheres estão a fazer algo que deveria ser efetuado pelas US's. Isto num cenário em que pessoas infetadas podem estar em situação de abandonadas pelos familiares e vivendo sozinhas. Assim, as mulheres acabam sendo o amparo que as PVHS necessitam. Porém, o fato de não serem remuneradas agrava as desigualdades sociais e de gênero, mantendo-as economicamente fragilizadas. Esta questão mostra como, no caso específico das mulheres entrevistadas, as questões sociais continuam influenciando no processo de saúde e doença, bem como as relações de gênero estão presentes em suas experiências cotidianas.

O fato de ser uma atividade sem reconhecimento ou não valorizada, por isso, não remunerada segue a conjuntura do país. Conjuntura que, para Loforte (2011), no quadro de enfrentamento do HIV, apesar do reconhecimento das desigualdades de gênero que caracteriza a infecção pelo HIV, as ações que têm em conta esse aspecto são reduzidas. Acrescenta a autora que poucas respostas nacionais canalizam meios financeiros para o campo dos cuidados prestados pelas mulheres. Consequentemente, a contribuição das mulheres na economia através dos cuidados não figura nas políticas macroeconômicas.

Exercendo uma atividade não remunerada, não contribuem para o orçamento familiar. Fato que reforça as dificuldades que temos vindo apresentar que elas têm com a infecção no cotidiano, bem como realçam as desigualdades entre mulheres e homens. Portanto, ao mesmo tempo em que exercer ativismo social as coloca fora do lar, não se manifestando como mulheres passivas, guardiãs do lar, também mostra

que elas são vulneráveis socialmente. Obter uma remuneração poderia aliviar alguns dos obstáculos que têm que enfrentar como soropositivas.

Nos parágrafos que se seguem vamos procurar apresentar e discutir que a vida para elas ainda é feita de sonhos. E que mesmo infetadas não deixaram de olhar para frente e almejar um futuro cheio de realizações. Realizações que podem mudar o atual cenário em que se encontram, bem como dos seus familiares e dependentes. Principalmente porque a condição de desempregadas não lhes permite dar conta de muitas das necessidades que têm.

4.5 E a vida contínua

Outra das experiências cotidianas que as mulheres têm diz respeito ao futuro delas. Isto é, como diante das dificuldades e desafios que mostramos antes, elas ainda pensam no futuro de maneira positiva. Mas, esse futuro é encarado positivamente se ultrapassadas as dificuldades e desafios do presente. O fato de estas mulheres terem aderido ao TARV e continuarem em tratamento lhes confere possibilidade de uma “vida normal”. “Normal” como de uma pessoa não infetada. Igual a uma pessoa não infetada, elas também têm direitos e desejos, que gostariam de materializar. Elas estão cientes que o TARV mudou a vida delas e que o fundamental é continuar com o tratamento para seguirem vivas. Aqui, elas também estão cientes que mudanças de comportamento como, por exemplo, não consumir bebidas alcoólicas, não perder noites, pode ser a garantia de mais anos de vida.

Segundo Delmira e Said (2010), recuperar-se de estados mórbidos, passando a sentir-se bem, motiva a manutenção do TARV. Mesmo que seja penoso, como apontamos antes, o acesso às US e sua permanência nelas para fazer ou receber resultados de exames, ser atendida pelo médico e adquirir medicamentos. Acrescentam estes autores que sair de uma situação de saúde debilitante, associada a infecções oportunistas, para uma recuperação progressiva, dá confiança ao usuário do TARV de seguir com o tratamento. Com isso, as mulheres mais uma vez ganham motivos de encarar a vida positivamente.

Para estas mulheres, o futuro só é futuro se conseguirem um emprego ou fonte de renda. O emprego é que lhes pode conferir uma boa alimentação. Com rendimento mensal, elas melhoram as condições habitacionais e, consequentemente, de higiene e saneamento. Este rendimento ajudaria nas despesas cotidianas e possibilitaria a satisfação das necessidades básicas dos seus filhos e/ou dependentes, como por exemplo, efetuar a matrícula escolar e comprar material escolar, entre

outros aspectos essenciais. Assim, elas pensam também no futuro dos filhos e/ou dependentes. No final de tudo, o futuro passa por melhorar a saúde e a qualidade de vida.

A condição de desempregadas ou com baixas remunerações, para as que trabalham na creche da AH, é a razão mais importante para a impossibilidade de dar conta das necessidades básicas no cotidiano. Necessidades essas que influenciam em questões relacionadas à saúde delas, com destaque para alimentação. Assim, para Loforte (2003), o pleno emprego melhora as estratégias de sobrevivência das mulheres, podendo tirá-las da situação de dependência.

Diante deste cenário, a questão emprego foi, pelas mulheres, apontada como sendo algo que pode garantir alguma mudança em suas vidas. O mesmo acontece para as três mulheres que trabalham na creche comunitária da AH. Para estas últimas, o futuro passa por encontrar um emprego em que os rendimentos sejam melhores do que o que auferem atualmente. Portanto, o emprego ou rendimento mensal é encarado como a solução dos problemas com que elas se deparam no cotidiano, porque a condição de desempregadas ou sujeitas a remunerações baixas agrava a lista das dificuldades cotidianas que experimentam. Cenário que, igualmente, aumenta a condição de pobreza feminina e, como mães, consequentemente agravam-se as responsabilidades das mulheres no cuidado do lar e da família. Também mostra que os efeitos e impactos da epidemia são mais “pesados” para os pobres, porque sem renda ou com renda baixa não conseguem prover muitas das necessidades básicas para a saúde delas e de sua família.

O trabalho é tomado como solução de problemas. Muitas das dificuldades que elas têm no cotidiano se devem à falta de emprego ou renda mensal. Aqui a infecção pelo HIV é mais uma das preocupações, isto é, para Barbosa (1999), se manifesta como mais um “risco” ou vulnerabilidade que se acrescenta a tantos outros, alguns deles mais imediatos e ameaçadores. Mas, todos juntos, espelham as dificuldades no enfrentamento de um duro cotidiano, num mundo da vida em que os obstáculos para a sobrevivência são muitos e as realizações pessoais, poucas.

O emprego se assume como uma das poucas realizações, mas com ele muitas outras podem ser atingidas. Principalmente quando:

Os piores momentos que eu tenho é falta de emprego para alimentar os meus filhos..., eu tenho preocupação de ter um emprego para eu trabalhar, para ajudar em algumas coisitas. Porque eu tenho

muita falta na minha casa. Tenho muita coisa que eu preciso fazer, mas não consigo fazer porque não trabalho (E1).

Paralelamente a isso, Barroso et al. (2006) apontam a renda como um indicador que especifica principalmente o acesso do indivíduo aos bens materiais, incluindo aos serviços e sistemas de saúde. Estes autores acrescentam que as necessidades financeiras das mulheres mostram a marginalização socioeconômica da epidemia. A necessidade financeira implica menor acesso aos bens de consumo, aos serviços essenciais, além das barreiras para alcançar uma qualidade de vida. Abrange desde a alimentação até questões emocionais e psicológicas, que são garantias de um estado de bem estar das mulheres. Portanto, a impossibilidade de responder às necessidades mostra que as mulheres estão em situações de vulnerabilidade social, agravada pelo seu estado sorológico que requer atenção especial, podendo significar precariedade e agravos à saúde das mulheres. Por outras palavras, a falta de renda e/ou as remunerações baixas é mais um aspecto a ter em conta em matéria de vulnerabilidade feminina. Também reforça a questão das desigualdades sociais e de gênero entre mulheres e homens.

Reforçando a situação de vulnerabilidade social e a necessidade de trabalho por parte das mulheres, ou seja, como meio de reverter a situação de vulnerabilidade, Pinto et al. (2011, p. 177, grifo nosso) destacam que:

O trabalho adquire um sentido de afirmação de si enquanto mulheres e enquanto mulher provedora de seus lares. Nesse aspecto, a relação trabalho e cuidado com a família fortalecem a construção da identidade feminina, um jeito especial de ser mulher. Para as mulheres, o trabalho significa mais do que a sobrevivência material, até porque seus poucos rendimentos para **as que trabalham**, mal cobrem as necessidades imediatas da família. O trabalho assume também uma condição de autoafirmação como mulheres provedoras e, assim, elas constroem sua autonomia diante do poder masculino.

Para as mulheres é sempre mais difícil conseguir emprego. Para as mulheres entrevistadas pior ainda em função da baixa e fraca escolaridade. Além disso, tem as ocupações em casa, por exemplo, cuidar dos filhos, dificultando para conseguirem uma ocupação, além do

estado sorológico e as condições físicas para desenvolver atividades que requeiram força e longas horas de trabalho. Mas poder trabalhar e/ou ter um rendimento pode constituir para as mulheres não só uma estratégia de sobrevivência, mas, também, de melhoria da sua situação diante das desigualdades sociais e de gênero face aos homens.

De acordo com Barroso et al. (2006), os filhos constituem um motivo para que as mães infetadas pelo HIV continuem na luta pela vida e não desanimem frente aos obstáculos. Isso porque os filhos “me preocupam, porque aquelas crianças ainda são pequenas. Já eu estou a seguir tratamento, não deixar o tratamento, porque quando eu morrer, os meus filhos vão sofrer” (E8). Assim, para as mulheres entrevistadas, os filhos constituem uma preocupação no presente e no futuro. Para elas, o futuro passa também por conseguir com que os filhos tenham um futuro melhor. E esse futuro é encarado melhor ainda se tiverem emprego.

Empregadas elas pensam poder melhorar a condição de vida dos filhos e/ou dependentes, na medida em que:

O futuro em primeiro lugar é ter um emprego seguro, segundo ter a minha casa própria e também outro plano é prospetar o futuro das crianças. Eles estudarem até o mais além e para estudar até o mais além é preciso que eu esteja a trabalhar, reunir meios financeiros, ter conta no banco (E18).

Além da preocupação com os filhos, em seus sonhos e projetos, o desejo de casa própria tem sempre lugar de destaque. A casa própria aparece como uma representação de liberdade, de conforto e recompensa pelo trabalho, enfatizam Pinto et al. (2011). Nos sonhos e projetos para o futuro, elas não se esquecem de clamar pelo Estado. Para elas, além do TARV, esperam do Estado apoio em alimentação e emprego, como aponta a seguinte fala:

Eu gostaria que talvez houvesse um projeto para nos ajudar, pelo menos eu ter um emprego. Meus filhos estudaram, eu me sacrifiquei, não fiz nada na minha vida, estive a fazer os meus filhos estudar. Não tem emprego, estão ali sentados. Eu estou com fome, os meus filhos estão com fome (E9).

A necessidade de apoio em emprego é garantia de melhoria da qualidade de vida. Assim, o emprego é uma forma de enfrentamento da

epidemia. Mas, também é uma forma de enfrentamento da feminização da epidemia, bem como de contornar a vulnerabilidade individual e social que as mulheres e seus filhos e/ou dependentes estão sujeitos no cotidiano. Esta é também uma situação em que, de modo geral, há um diálogo na sociedade e com a sociedade, porque o desemprego é uma questão conjuntural e estrutural em Moçambique. Mas, particularmente, também é um diálogo na e com a sociedade por parte de PVHS. No diálogo feito pelas PVHS pobres e pouco escolarizadas, como são as mulheres entrevistadas, as situações delas, como apontam Paulo, Rosário e Tvedten (2008), são de quem têm problemas para conseguir emprego e criar suas próprias fontes de rendimento. Passando a ser o desemprego a principal razão da pobreza delas e das dificuldades cotidianas relacionadas com a infecção pelo HIV. Passando a feminização do HIV a estar muito correlata à feminização da pobreza.

Ter emprego, para as mulheres entrevistadas, pode ser também uma estratégia para fugirem da dependência de ações assistencialistas quer por parte do governo, quer por parte de ONGs e quer por parte da AH, que, como apontamos, oferece cestas básicas a estas mulheres. Com emprego elas fogem também da dependência por parte da família alargada uma vez que “tenho três crianças, não trabalho, não faço nada, só sobrevivo de ajuda de familiares” (E17). Mesmo que elas saibam que o desenvolver da doença é incerto, podendo ir para um estado avançado no futuro, elas olham para o mesmo de maneira positiva. Isto é, o fato de quererem ter um emprego e não dependerem de ajuda alheia, seja ajuda familiar, seja ajuda do Estado, é uma atitude positiva para a vida e para situação de infetadas.

Portanto, além de meio para a satisfação de necessidades básicas, o emprego para elas é um fator de empoderamento. Constituindo-se em um fator de enfrentamento positivo da face feminina do HIV, do preconceito, da discriminação e da segregação de que estão expostas no cotidiano. Assim, o fato delas, mesmo pouco escolarizadas, almejarem um emprego nos faz tê-las como mulheres que encaram a infecção pelo HIV sem perder todas as esperanças. Algo que se enfatiza no fato delas apontarem que mesmo infetadas querem viver mais anos, porque “o fato do resultado ser positivo não significa que é o fim da sua vida⁹⁰, tem alternativas, tem acesso ao tratamento” (E19). Por este motivo, de a infecção pelo HIV não ser tomado como o fim da vida, o emprego,

⁹⁰ Na atualidade, pelo fato de as pessoas estarem conscientes de que com o tratamento a possibilidade de prolongar o tempo de vida é maior, faz com que o uso do preservativo seja reduzida e, também, mais pessoas fazem o exame.

como estratégia para melhorar a qualidade de vida dessas mulheres, se manifestará como algo importante a alcançar. Como algo que soluciona ou minimiza os problemas do cotidiano. Questão central aqui é o empoderamento sem os canais necessários para consegui-lo. Ou seja, que o emprego seria uma fonte de empoderamento não há duvidas, mas como conseguir uma posição remunerada em um país onde nem os sadios têm bons empregos?

Diante dos cenários que mostramos, através das experiências cotidianas das mulheres, a infecção pelo HIV somente veio agravar os problemas, as dificuldades e os desafios sociais que as mulheres pobres já enfrentavam, principalmente em um contexto onde as questões culturais e tradicionais já as colocam em desvantagem em relação aos homens. Elas possuem e compartilham dinâmicas de gênero e, conseqüentemente, compartilham a experiência do que é ser mulher em Moçambique, bem como de ser mulher pobre e infetada pelo HIV. Paralelamente, para Cruz e Silva et al. (2007), no que se refere aos direitos humanos das mulheres, estas continuam, na maior parte do país, a serem socializadas para servir à reprodução e fazer o trabalho familiar. Por isso, acrescentam estes autores, as mulheres e homens incorporam em suas práticas os valores da sociedade patriarcal como “naturalmente” certos e justos.

Assim, a questão da feminização do HIV não deve somente ser vista, em Moçambique, apenas pelo fato de as mulheres serem o segmento da população mais infetada. Mas, também, pelo fato delas serem as que mais sofrem os impactos sociais da infecção. Portanto, a feminização do HIV deve ser entendida muito além da vulnerabilidade biológica, bem como do fato de as mulheres estatisticamente serem o segmento onde a incidência dos níveis de soroprevalência é mais alta. Há que incluir as relações desiguais de gênero e poder entre mulheres e homens, bem como as práticas tradicionais que em Moçambique aumentam a situação de subalternas e oprimidas das mulheres.

Depois de discorrermos sobre as experiências cotidianas que estas mulheres infetadas pelo HIV têm, em seguida e para fechar a nossa reflexão, vamos apresentar as principais conclusões a que nos foram possíveis chegar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação que nos fez elaborar esta pesquisa, sob a perspectiva das relações de gênero e sua articulação com o campo da saúde, está relacionada com o fato de querermos entender como, nas mulheres entrevistadas, se manifesta a questão da feminização do HIV. Aqui, há que destacar que todas as informações sobre essas mulheres são, de acordo com Scott (1995), informações sobre os homens. Assim, o mundo da vida aqui retratado é um mundo dos homens, isto é, o mundo da vida das mulheres entrevistadas faz parte do dos homens. Para tal tivemos que adentrar nas experiências cotidianas deste grupo de mulheres infetadas pelo HIV. E, através destas experiências, entendermos como o cotidiano delas está estruturado e é influenciado pelo e no contexto das relações sociais que estabelecem.

Neste processo foi necessário captar das atoras as suas elaborações sociais, ou seja, suas construções como mulheres infetadas pelo vírus do HIV. Partimos da suposição que a realidade é um fenômeno social construído por elas em suas vidas. Nossa tarefa foi traduzir o aprendido, descrever e interpretar como elas atribuem sentido às suas práticas cotidianas. Assim, a ideia central da pesquisa foi verificar, por meio de análise das falas e das práticas das entrevistadas, como elas se comportam na sociedade em face do seu estado sorológico. E, com isto, enquadrar as experiências destas mulheres no campo de conhecimento que relaciona as questões de gênero com as de saúde. Mas também demonstrar que o cotidiano delas é marcado por momentos de vulnerabilidade individual, programática, social e cultural, antes e pós-infecção.

Longe de elaborarmos uma análise completa, sobre as experiências cotidianas das mulheres infetadas pelo HIV, a pesquisa procura apresentar alguns elementos para um entendimento sociológico sobre a feminização do HIV e SIDA. As conclusões aqui apresentadas são parte desse entendimento. No entanto, entender as experiências destas mulheres passou por enquadrá-las no âmbito geral da condição e/ou do que é ser mulher em Moçambique. Fazer isso incluiu, de entre outras coisas, perceber como as relações de gênero estruturam as relações e posições desiguais entre mulheres e homens na sociedade. Incluiu discorrer sobre as práticas tradicionais e nocivas para as mulheres, que também, de acordo com Osório (2004), fazem parte de um sistema social que nega às mulheres capacidade de decisão, aumentando sua posição de subalternas.

De acordo com os resultados apresentados e discutidos, as mulheres entrevistadas experimentam um cotidiano onde a condição de infetadas pelo vírus do HIV é marcada por obstáculos, desafios e enfrentamentos que mostram como se manifesta a face feminizada do HIV. Também já não se deve olhar para as mulheres em relacionamentos estáveis como um segmento excluído da infecção pelo HIV. Principalmente em um país como Moçambique, e em toda a África Subsaariana, onde a transmissão heterossexual do HIV é marcadamente alta.

Os mesmos resultados reforçam a ideia de que a feminização do HIV ultrapassa o fato de serem as mulheres o segmento da população, estatisticamente em Moçambique, com os índices mais elevados de soroprevalência, pois há outros indicadores da feminização. Também reforçam a ideia de que a vulnerabilidade à infecção não é somente biológica, mas também se deve aos aspectos socioculturais e às práticas tradicionais e culturais. Aspectos e práticas que nos permitiram explorar como as dinâmicas socioculturais influenciam e determinam as questões de saúde e doença.

Os dados apresentados no perfil das mulheres entrevistadas nos mostram que a principal via de infecção é sexual. As mulheres são infetadas pelos companheiros e em relações estáveis. Quando uma mulher é detectada com o HIV/SIDA, o marido não é obrigado a fazer os exames, portanto pode ficar fora das estatísticas. Também é preciso lembrar que há mais possibilidade de um homem infetar várias mulheres que o contrario. Fatos que, também, reforçam a constatação da face feminizada do HIV, bem como que o poder de negociação para o uso do preservativo nos relacionamentos estáveis, por parte das mulheres, ainda é fraco ou quase inexistente. Portanto, a falta de sexo seguro é consequência das relações desiguais de gênero, dos fatores socioculturais e das práticas tradicionais. Paralelamente, Kula (2009) destaca que em Moçambique existe uma cultura de silêncio em relação ao sexo que dita que as “boas” mulheres devem ser ignorantes e passivas nas relações sexuais.

Como ignorantes e passivas nas relações sexuais elas terminam infetadas. Já infetadas, pelos resultados da pesquisa, constatamos que o cotidiano delas é atravessado por dificuldades. Os resultados nos indicam que para estas mulheres as dificuldades em alimentação fazem parte dos desafios e obstáculos para uma experiência positiva com o vírus do HIV. O que mostra, também, que as condições socioeconômicas delas são fonte de dificuldade alimentar.

Constatamos que a fraqueza econômica, ou seja, a pobreza delas faz com que criem estratégias de sobrevivência, que passam por poucas refeições e cultivo de machambas para terem o que comer. Mas a alimentação de que dispõem não é satisfatória para o TARV que é forte e, conseqüentemente, estas mulheres experimentam pobreza de nutrição. Por outras palavras, elas se encontram em situação de vulnerabilidade alimentar. Mas o desejo e a necessidade de serem ajudadas, pelo Estado, com alimentação torna-as dependentes da vontade política e, conseqüentemente, um indicador da dimensão programática da vulnerabilidade.

A condição de infetadas as força a entrar em relação com as US's. Mas essa relação é turbulenta, primeiro pelas dificuldades de transporte. A questão da viagem de casa para a US e vice-versa faz parte das experiências negativas que elas têm, da corrente das fragilidades econômicas para custear as passagens de transporte. Fato que nos leva a constatar que, para as mulheres pobres e infetadas pelo HIV, se deslocar para a US é uma barreira com a qual convivem no cotidiano. Aqui, elas experimentam também as conseqüências da vulnerabilidade programática.

Segundo, elas passam longas horas para serem atendidas, fato que nos leva a constatar que essas longas horas são o reflexo de como são e estão os serviços de saúde. Serviços que ainda são problemáticos e deficientes para responderem às necessidades da PVHS no geral e, particularmente, para as mulheres entrevistadas. Isso no momento em que há muita gente se entregando para fazer o tratamento. Assim, os problemas assistenciais que elas têm ao se aproximarem às US's, que espelham a situação dos serviços públicos, são também indicadores de vulnerabilidade programática.

Mesmo se entregando ao tratamento, constatamos que a infecção pelo HIV ainda torna a doença clandestina, porque a pessoa infetada tem o receio de revelar para o seu círculo ou rede de relações o seu estado sorológico. Os resultados avigoram a ideia de que não revelando que são HIV positivas, as mulheres estão fugindo ao estigma, preconceito, discriminação, segregação, entre outros males sociais muitas vezes associados às pessoas infetadas pelo HIV. Os resultados nos indicam o quão isso se manifesta quer na família, quer na vizinhança. Evidenciando também a presença de outros aspectos sociais em contextos de soroprevalência. Fatos que nos levam a concluir que o nível de conscientização para aceitação das pessoas infetadas, principalmente na família, ainda é fraco. Tratando-se de mulheres, elas têm o receio de serem conotadas como causadoras de desgraças nos

lares. Consequentemente, a omissão e o silêncio quanto ao estado sorológico vão se mantendo, na mesma proporção em que a desvalorização social da pessoa infetada também prevalece.

Constatamos que estas mulheres se sentem aceitas quando próximas de pessoas iguais, isto é, mulheres também infetadas pelo vírus do HIV. Assim, para elas, a possibilidade de saberem da existência de outras mulheres infetadas, com elas conviverem e compartilharem experiências é uma estratégia de alívio aos males sociais que mostramos no decurso do trabalho. Os resultados nos indicam que elas o fazem se aproximando e fazendo parte da AH.

Verificamos que esse se aproximar à AH traz consigo as seguintes conclusões: elas experimentam um cotidiano de inclusões e exclusões sociais, isto é, quando próxima às outras mulheres infetadas vivem momentos de inclusão social, mas quando em casa ou na vizinhança, vivem momentos de exclusão social; o ativismo que elas praticam, como membros da AH, lhes permite sair de casa, lhes confere poderes de escolha da sua mobilidade, mas, também, ficam expondo-se como mulheres infetadas, assim, será que fogem ao silêncio e à omissão que estrategicamente usam? A continuação do papel de cuidadoras “inatas” que a prática do ativismo lhes confere reforça a ideia de que as mulheres infetadas, além de cuidarem de sua saúde, cuidam também da saúde dos outros, neste caso específico não de familiares delas. Isto agrava a situação de que as mulheres são o segmento da população que ocupam os papéis dóceis ou pouco valorizados. Situações estas que lhes fazem vivenciar cenários de vulnerabilidade individual e social.

Pesquisas tendem em focar aspectos negativos das mulheres, no que diz respeito às posições e papéis sociais desvalorizados, comparadas aos homens. Às vezes, as mulheres são projetadas como passivas e oprimidas. Mas, o fato das mulheres que entrevistamos quererem sair da dependência econômica em que se encontram, bem como fugir aos assistencialismos, querendo um emprego ou fonte de renda, é uma maneira de elas responderem a posição generalizada de socialmente fracas e dependentes. Isto é, elas respondem e encaram com esperança a condição de infetadas pelo vírus do HIV. Mas, a falta de emprego ou fonte de renda é uma questão conjuntural que afeta, claro, principalmente às mulheres, o que se agrava para nossas entrevistadas por serem infetadas.

A sociologia como disciplina científica é uma tentativa de compreensão dos fenômenos sociais e não uma solução dos mesmos. Apesar de que essa compressão possa servir para intervenção na solução de problemas sociais específicos. Assim, a compreensão que se teve

aqui é de que o HIV não torna estas mulheres diferentes das outras ou de todas as mulheres. O HIV apenas torna tudo mais forçoso para elas. Porque acresce à preocupação de cuidar de si, a de cuidar dos filhos, da casa, do companheiro e, como ativistas, do cuidado de outras pessoas infetadas.

Podemos afirmar que as transformações sobre a sociabilidade que a infecção pelo HIV possibilita existem. Cabe à sociologia acompanhá-las de perto, o que torna particularmente relevante e forçosamente incompleta a reflexão aqui apresentada, na medida em que novos desenvolvimentos poderão levar a novas transformações e experiências sociais no contexto do HIV, em relação aos resultados e discussão aqui levantada. Deve-se continuar a pesquisar sobre como a infecção pelo vírus do HIV afeta o mundo da vida de mulheres pobres.

Assim, para esse segmento da população torna-se relevante pesquisar como o estado sorológico das mulheres pobres afeta a sua sexualidade; como é para mulheres pobres, desempregadas e infetadas pelo HIV a questão de ter filhos e cuidar deles; será que estar infetada pode ser um aspecto inibidor da vontade de ter filhos; como estão os serviços de saúde sexual e reprodutiva nos bairros periféricos onde se encontram as mulheres pobres por nós entrevistadas; como as mulheres pobres encaram as práticas nocivas e tradicionais nocivas às mulheres em contextos de HIV e SIDA; que impacto tem o papel das ativistas, não remuneradas, que prestam cuidados domiciliários para PVHS; que relação existe entre as atividades de cuidado domiciliário para PVHS e os serviços de saúde, entre outros aspectos sociais relacionados com mulheres pobres e infetadas pelo vírus do HIV?

Os resultados apresentados e discutidos nos fazem concluir também que o HIV e SIDA em África no geral e em Moçambique, em particular, não pode ser visto com uma fatalidade inevitável, mas sim que existem condições e determinantes sociais, algumas aqui levantadas, que influenciam no processo de infecção e de experiência cotidiana com a doença. Os resultados também nos fazem questionar a questão de culpabilidade feminina na infecção e, consequentemente, disseminação do vírus. Portanto, compreender essas condições e determinantes sociais da infecção pode constituir um *input* na prevenção e enfrentamento dos impactos sociais da doença, principalmente no segmento feminino da população.

Contudo, as propostas de pesquisa aqui levantadas enquadram-se na perspectiva que põem em contato as relações de gênero e o campo da saúde. Neste sentido, um melhor entendimento das estratégias de intervenção no enfrentamento e/ou mitigação dos efeitos do HIV passa

por incorporar as questões de gênero nas análises. Porque compreender como se organizam as relações sociais entre mulheres e homens permitirá um aprofundamento dos contornos da infecção e da experiência de viver com o vírus. E, nessa experiência de viver com o vírus, quem sofre mais com os impactos sociais são as mulheres.

REFERÊNCIAS

ALVES, PC; RABELO MC. O status atual das ciências sociais em saúde no Brasil: Tendências. In: _____ (Org.). **Antropologia da saúde: traçando identidade explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 13-27.

AGHA, Sohail. Factors associated with HIV testing and condom use in Mozambique: implications for programs. **Reproductive Health**, Washington, v. 9, n. 20, p. 1-9, set., 2012.

AQUINO, Estela M. L. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 198-199, fev., 2003.

ARNFRED, Signe. **Sexuality & gender politics in Mozambique: Rethinking gender in Africa**. Woodbridge: James Currey, 2011.

AYRES JR. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. BARBOSA, Regina M; PARKER, Richard (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999, p. 49-72.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 1995.

BARBOSA, Regina H. S. AIDS e saúde reprodutiva: novos desafios. In: GIFFIN, K; COSTA, SH. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

BARROS, Adil de Jesus; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos metodologia**. São Paulo: Makron Books, 2000.

BARROSO, Moura et al. Mulheres com HIV/AIDS: subsídios para a prática de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 67-73, mai./ago., 2006.

BECKER, Howard S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. **Outsiders**: estudos da sociologia do desvio. Tradução de Maria Luiz X. de A. Borges. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2009.

BECKY, L. et al. Assessing HIV/AIDS stigma and discrimination in developing countries. **AIDS Behav**, New York, v. 12, n. 5, p. 772-780, sep., 2008.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**: tratado da sociologia do conhecimento. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

BERGH-COLLIER, Edda Van den. **Um perfil das relações de gênero edição atualizada de 2006**: Para a igualdade de gênero em Moçambique. Estocolmo: Agência Sueca de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (ASDI), 2007.

BUTLER, Judith P. **Gender trouble**: Feminism and the subversion of identity. New York: Routledge, 1990.

BORIS, Elieen. Produção e reprodução, casa e trabalho. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 26, n. 1, p. 101-121, jun., 2014.

BOTTI et al. Conflitos e sentimentos de mulheres portadoras de HIV/AIDS: Um estudo bibliográfico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 79-86, jan., 2009.

CABANES, Robert. El enfoque biográfico em sociologia. In: GODARD, Francis; CABANES, Robert. **Uso de las historias de vida em las ciencias sociales**. Bogotá: Universidad Externado de Colômbia, 1995, p. 57-74.

CASIMIRO, Isabel Maria. **Paz na terra, guerra em casa**: feminismo e organizações de mulheres em Moçambique. Maputo: Promédia, 2004.

_____. Samora Machel e as relações de gênero. **Estudos Moçambicanos**, p. 55-84, set., 2005.

CASTANHA, Alessandra R. et al. Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para HIV. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 23-31, jan./mar., 2007.

CASTELLANOS, Marcelo E. P.; NUNES, Everardo D. A Sociologia da saúde: Análise de um manual. **PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2 p. 353-371, 2005.

CAU, Boaventura M. O estigma do HIV e SIDA e a testagem de infecção pelo HIV entre adolescentes e jovens em Moçambique. **Gazeta de População e Saúde**, n. 3, p. 1-33, mai., 2014.

CHANTY, Sylvia H. **Gender, generation and poverty: exploring the feminization of poverty in Africa, Asia and Latin America**. Cheltenham: Edward Elgar, 2007.

CONSELHO DE MINISTROS. **Plano estratégico nacional de resposta ao HIV e SIDA 2010-2014**. Maputo: Conselho de Ministros, 2010.

CONSELHO MUNICIPAL DE MAPUTO. **Perfil do município de Maputo**. Maputo: Conselho Municipal de Maputo, 2013.

CONSELHO NACIONAL de COMBATE AO HIV E SIDA. **Global AIDS response progress report: Country progress report**, Mozambique. Maputo: CNCS, 2014.

CRUZ e SILVA, Teresa et al., 2007. **Representações práticas da sexualidade entre jovens e a feminização do SIDA em Moçambique: estudos de caso no Centro e Sul do país**. Maputo: WLSA, 2007.

CRUZ e SILVA, Teresa; ANDRADE, Ximena. Feminização do SIDA em Moçambique: a cidade de Maputo, Quelimane e distrito de Inhassunge na província da Zambézia como estudos de caso. **Outras vozes**, n. 10, p. 1-9, fev. 2005.

DELMIRA, Petersburgo; SAID, R. **Adesão ao tratamento antirretroviral: desafios comportamentais**. Maputo: Johns Hopkins University/Bloomberg School of Public Health/Center For Communication Programs, 2010.

DEMARTIS, Lúcia. **Compêndio de sociologia**. Lisboa: Edições 70, 1999.

DIJK, Teun A. van. Discourse as interaction in society. In: DIJK, Teun A. van (Ed.). **Discourse as structure and process**. (Discourse studies, a multidisciplinary introduction). London: SAGE, 1997, p. 1-37.

EKSTROM, Anna Mia; RAGNARSSON, Anders; THORSON, Anna. **Gender and HIV/AIDS in Eastern Europe and Central Asia**. Estocolmo: World Health Organization, 2004.

FISHEL, J. D. et al. **HIV no seio dos casais em Moçambique**: estado serológico, conhecimento do estado e factores associados com a serodiscordância do HIV. Análise profunda ao Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA) 2009. Calverton, Maryland: ICF International, 2011.

FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPUPULAÇÃO. **Igualdade de gênero e empoderamento da mulher em Moçambique**. Maputo: FNUAP Moçambique, 2006.

GALVÃO, F. Elaine. **Mulheres na luta pela saúde**: trajetórias de lideranças comunitárias na cidade de Londrina – PR. 2010. 122 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós – Graduação em Ciências Sociais, Centro de Letras e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Londrina, 2010.

GASKEL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W; GASKEL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 64-89.

GIDDENS, Anthony. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GILL, Rosalind. Análise de discurso. In: BAUER, Martin W; GASKEL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 244-269.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

_____. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GROSSI, M.; HEILBORN, M.L.; RIAL, C. Entrevista com Joan Wallach Scott. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 6, n. 1, jan. 1998.

GUILHEM, Dirce; AZEVEDO, Ana Maria F. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da AIDS. **Revista Bioética**, v. 16, n. 2, p. 229-240, fev., 2008.

GUIMARÃES, Carmen Dora. **AIDS no Feminino: Por que a cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.

HEILBORN, Maria L. Gênero, sexualidade e saúde. In: **Saúde, sexualidade e reprodução: compartilhando responsabilidades**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1997, p. 101-110.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez., 2007.

HOULE, Gilles. A sociologia como ciência da vida: a abordagem biográfica. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010, p. 317-334.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **O setor informal em Moçambique: Resultados do primeiro inquérito nacional (2005)**. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, Direção de Estatísticas Sectoriais e de Empresas (DESE), 2006.

_____. **III recenseamento geral da população e habitação, 2007**. Quadros definitivos, Moçambique 2007. Maputo: INE; Gabinete Central de Recenseamento, 2010.

_____. **Relatório final do inquérito ao orçamento familiar (IOF), 2008/9**. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, Direção Nacional de Estatísticas Demográficas, Vitais e Sociais, 2011.

. **Mulheres e homens em Moçambique, 2011.** Maputo: Instituto Nacional de Estatística, Direção de Estatísticas e de Empresas, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICF MACRO. **Inquérito nacional de prevalência, riscos comportamentais e informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009.** Maputo: INS; INE, ICF Macro, 2010.

JACINTO, Elsa. A experiência da participação comunitária em Moçambique no acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. In DEGREGORI, Maria Cristina Álvarez ET al (Org.). **Mulher, SIDA e o acesso à saúde na África Subsaariana, sob a perspectiva das ciências sociais.** Barcelona: Medicus Mundi Catalunya, 2007, p.61-67.

KALICHMAN, S. C; SIMBAYI, L. C. HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa. **Sex Transm. Infect.** London, v. 79, n. 6, p. 442-447, dec., 2003.

KALIPENI, Ezekiel; GHOSH, Jayati; MKANDAWIRE-VALHMU, Lucy. As múltiplas dimensões da vulnerabilidade ao HIV/SIDA em África: Uma perspectiva das ciências sociais. In DEGREGORI, Maria Cristina Álvarez et al (Org.). **Mulher, SIDA e o acesso à saúde na África Subsaariana, sob a perspectiva das ciências sociais.** Barcelona: Medicus Mundi Catalunya, 2007, p.45-60.

KLAVEREN, Maarten van. **Visão geral do trabalho e emprego das mulheres em Moçambique.** Amsterdã: Amsterdam Institute for Advanced labour Studies (AIAS), 2009.

KLUGMAN, Barbara. **Gender analysis in health: a review of selected tools.** Geneva: Department of Gender and Women's Health, World Health Organization, 2002.

KULA. **Plano nacional de acção multisectorial sobre gênero e HIV e SIDA 2010-2015.** Kula: Maputo, 2009.

LIMA, Maria Lúcia C.; MOREIRA, Ana Cleide G. AIDS e feminização: os contornos da sexualidade. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 103-118, mar., 2008.

LOBO, Elisabeth Souza. O trabalho como linguagem: o gênero do trabalho. In: De OLIVEIRA e COSTA, Albertina e BRUCHINI, Cristina. **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosas dos Tempos, 1992, p. 252-265.

LOFORTE, Ana Maria. **Gênero e Poder entre os Tsongas de Moçambique**. Lisboa: Ela por Ela, 2003.

_____. Inequidades e valores em saúde reprodutiva: vulnerabilidade das mulheres num contexto da feminização da SIDA. In DEGREGORI, Maria Cristina Álvarez et al. (orgs.). **Mulher, SIDA e o acesso à saúde na África Subsaariana, sob a perspectiva das ciências sociais**. Barcelona: Medicus Mundi Catalunya, 2007, p.27-35.

_____. Mulheres e cuidados domiciliários num contexto de HIV e SIDA. **Outras Vozes**, Maputo, n. 35-36, p. 1-9, agos./nov., 2011.

MARQUES, António M. Gênero e saúde: Uma relação ainda oculta. In: STREY, Marlene N.; NOGUEIRA, Conceição; AZAMBUJA, Mariana R. de. (Org.). **Gênero & Saúde: diálogos ibero-brasileiros**. Porto Alegre: Edipucrs, 2010.

MATSINHE et. al. **Análise da situação do HIV e SIDA e o acesso ao tratamento em Moçambique**. Maputo: Kula, 2008.

MATSINHE, Cristiano. **“TABULA RASA”, Dinâmica da resposta moçambicana contra o HIV/SIDA**. 2005. 220 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

_____. Acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva em Moçambique: Uma análise sobre a cultura organizacional e os obstáculos institucionais. In DEGREGORI, Maria Cristina Álvarez et al (Org.). **Mulher, SIDA e o acesso à saúde na África Subsaariana, sob a perspectiva das ciências sociais**. Barcelona: Medicus Mundi Catalunya, 2007, p.19-26.

MEILLASSOUX, Claude. **Mulheres, celeiros & capitais**. Porto: Afrontamento, 1976.

MEU SALÁRIO.ORG/MOÇAMBIQUE. O custo de vida. Disponível em: <<http://www.meusalario.org/mocambique/main/campanha-meu-salario/o-custo-de-vida>>. 2014. Acesso em: 16 out. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICF INETERNATIONAL. **Moçambique:** Inquérito demográfico e de saúde 2011. Calverton, Maryland: MISAU; INE; ICFI, 2013.

MONTEIRO, Ana Piedade A. **HIV/AIDS prevention intervention in Mozambique as conflict of cultures:** The casa of Dondo and Maringue in Sofala province. 2011. 318 p. Tese (Social Sciences, Social Anthropology). University of Witwatersrand, Faculty of Humanities, Johannesburg, 2011.

MORESCHI, C. et al. Mulheres e vulnerabilidade ao HIV/AIDS. **Saúde (Santa Maria)**, Rio Grande do Sul, v. 38, n. 2, p.85-94, out., 2012.

MORGAN, David L. Focus groups. In: HESSE-BIBER, Sharlene; LEAVY, Patricia (Ed.) **Approaches to qualitative research:** reader on theory and practice. Oxford: Oxford University Press, 2004, p. 262-283.

MYERS, Greg. Análise da conversação e da fala. In: BAUER, Martin W; GASKEL, George (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:** um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 271-291.

NAMBURETE, Eduardo. **SADC gender protocol barometer baseline study, Mozambique.** Johannesburg: Gender Links, 2009.

NASCIMENTO, Ana M.G; BARBOSA, Constança S.; MEDRADO, Benedito. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 1, p. 77-86, jan./mar., 2005.

OSÓRIO, Conceição. Algumas reflexões sobre a abordagem de gênero nas políticas públicas sobre o HIV/SIDA. **Outras Vozes**, Maputo, n. 6, p. 1-4, fev., 2004.

PEREIRA, B. S. et al. Enfrentamento da feminização da epidemia da AIDS. **FG Ciência**, Guanambi, v. 1, n.1, p. 1-18, jan./jul., 2011.

PEREIRA, M. H. Guerra Gomes; COSTA, Liana Fortunato. Santa pecadora ou execrada santa? O autocuidado em mulheres soropositivas para HIV. **Psico-USF**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 103-110, jan./jun., 2007.

PALMA, A.; MATTOS, U. A. de O. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 567-590, set./dez., 2001.

PAULILO, M. I. S. Mulher e Cidadania. **Serviço Social em Revista**, Londrina-PR, v.2, n. 2, p. 227-244, 2000.

PAULO, Margarida; ROSÁRIO, Carmeliza; TVEDTEN, Inge. **“Xiculungo”**: Relações sociais da pobreza urbana em Maputo, Moçambique. Maputo: Direção Nacional de estudos e Análise de Políticas (DNPO), Ministério de Planificação e Desenvolvimento, 2008.

PARKER, Richard. **Na contramão da AIDS**: Sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 89-102, 2000.

PINTO, Rosa Maria F et al. Condição feminina das mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 167-179, jan./mar., 2011.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório do desenvolvimento humano 2013**. A ascensão do Sul: progresso humano num mundo diversificado. Washington: Communications Development Incorporated, 2013.

PROGRAMA MUNDIAL DA ALIMENTAÇÃO. **Vulnerabilidade alimentar urbana nas cidades de Maputo e Matola**. Maputo: PMA, Moçambique, 2008.

PULLUM, Thomas; STAVETEIG, Sara. **HIV status and cohabitation in Sub-Saharan Africa**. DHS Analytical Studies No. 35, Rockville: ICF International, 2013.

QUIVE, Samuel; ZANDAMELA, Graça S.; CABRAL, Ana K. **Gênero e desenvolvimento**: Uma perspectiva sociológica com enfoque nos sectores de educação e saúde. Maputo: Grupo Moçambicano da Divida, 2004.

REIS, Ana Lúcia; XAVIER, Iara de M. Mulher e AIDS: rompendo o silêncio de adesão. **Ver. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 28-34, 2003.

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE. **Relatório sobre os objetivos de desenvolvimento do milénio**: Moçambique 2010. Maputo: MINISTÉRIO DA PLANIFICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (MPD), 2010.

SAMBISA, William; CURTIS, Sian; MISHRA, Vinod. AIDS stigma as na obstacle to uptake of HIV testing: evidence from a zimbabwean national Population-based survey. **AIDS Care**. New York, v. 22, n. 2, p. 170-186, 2009.

SANTANA, Jacimara. Mulheres de Moçambique na revista Tempo: o debate sobre o *lobolo* (casamento). **Revista de História**, Bahia, v. 1, n. 2, p. 82-98, 2009.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.71-99, jul./dez., 1995.

TAQUETTE, Stella. Feminização da AIDS e adolescência. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 33-40, jan./mar., 2009.

TVEDTEN, Inge; PAULO, Margarida; MONTSERRAT, Georgina. **Políticas de Género e Feminização da Pobreza em Moçambique**. Noruega: CHR. Michelsen Institute (CMI), 2008.

TVEDTEN, Inge. **Mozambique country case study**: Gender equality and Development. [S. l.]: World Bank, 2011.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **2004 report on the global HIV/AIDS epidemic**: 4th global report. Geneva: UNAIDS, 2004.

Global Report: UNAIDS Report on global AIDS epidemic 2012. Geneva: UNAIDS, 2012.

Global Report: UNAIDS Report on global AIDS epidemic 2013. Geneva: UNAIDS, 2013.

The GAP report. Geneva: UNAIDS, 2014.

VILLELA, Wilza V. Prevenção do HIV/AIDS, gênero e sexualidade: Um desafio para os serviços de saúde. In: BARBOSA, Regina M; PARKER, Richard (orgs.). **Sexualidades pelo avesso:** direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999, p. 199-213.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone; VARGAS, Eliane. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4p. 997-1006, abr., 2009.

World Health Organization. **Integrating Gender into HIV/AIDS programmes:** a review paper. Geneva: World Health Organization, 2003.

_____. Gender and Health. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender>>. 2014. Acesso em: 08 nov. 2014.

ZAMPARONI, Valdemir D. **Entres narros e mulungos:** Colonialismo e paisagem social em Lourenço Marques c. 1890 – c. 1940. 1998. 582 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Linha do tempo sobre HIV e SIDA em Moçambique

1985 – Primeiros casos de HIV e SIDA registados no mundo;

1986 – Além da Comissão Nacional da SIDA também foi criado o Centro de Coordenação da SIDA (CCS) como órgão que deveria gerir a implementação cotidiana do programa;

1986 – Registo do primeiro caso de HIV e SIDA em Moçambique. Na província nortenha de Cabo Delgado é diagnosticada clinicamente num médico clínico geral, de origem haitiana;

1986 (agosto) – Já havia sido criada a primeira entidade responsável pela coordenação da resposta nacional contra a epidemia, denominada Comissão Nacional da SIDA, bem nos moldes propostos pelas cartilhas da OMS. Criada pelo MISAU, que deveria atuar como órgão de aconselhamento ao MISAU na condução dos programas de combate à SIDA;

1987 (março) – Moçambique recebe uma equipe epidemiológica da OMS cuja principal missão era estabelecer bases e recomendações para estudos epidemiológicos, identificação e caracterização da estirpe do vírus HIV predominantes no país;

1988 – Criação do programa nacional de controlo às ITS/HIV/SIDA;

1988 – É criada a comissão interministerial da SIDA que integrava 50 membros, entre representantes de ministérios governamentais e ONGs. A comissão nunca chegou a ser funcional, mantendo-se a tradição do ministério da saúde desencadear, conduzir e liderar as ações relativas ao HIV e SIDA;

1988 – Estabelecimento do programa de vigilância epidemiológica para o HIV/SIDA e, sucessivamente, passou a ocorrer as rondas de vigilância epidemiológica;

1988 – Moçambique participa no Encontro Mundial dos Ministros de Saúde em Londres, assinando a Declaração Sobre Prevenção do SIDA. Segundo o documento, os ministros de saúde se comprometeram a abrir canais de comunicação e educação, reforçar o intercâmbio de informação e experiências entre todos os países e definir uma ação mediante enquadramento social no espírito de tolerância social;

1988 (até março) – Moçambique teria notificado seis casos de SIDA, o que era referido com certa tranquilidade, especialmente se tomarmos em consideração as sucessivas comparações, chamadas de atenção e referências aos países vizinhos que eram vistos como estando mais afetados do que Moçambique;

1989 – É fundada a Associação Moçambicana para Desenvolvimento da Família (AMODEFA), tendo como membros fundadores maioritariamente profissionais ligados à saúde, entre eles enfermeiros, médicos e técnicos da saúde. A AMODEFA surge por iniciativa do Ministério da Saúde;

1989 (abril) – Estabelecido o programa de controlo das Doenças de Transmissão Sexual (DTS);

1990 - Estabelecimento do Gabinete de Estudos da Medicina Tradicional (GEMT) junto do Ministério da Saúde;

1990 – Nos primeiros anos de implementação do Programa Nacional de Combate a SIDA, o Centro de Coordenação da SIDA começou a produzir cartazes e panfletos informativos sobre o preservativo, na altura referido pelo seu nome genérico “camisa de Vênus”, procurando explicar a sua forma de utilização e estava orientado para homens e mulheres em idade fértil. Um dos panfletos produzidos, foi intitulado “como utilizar a camisa de Vênus, manual para homens e mulheres”, produzido pelo CCS do MISAU;

1991 – O MISAU elabora um guião de Técnicas de Aconselhamento. O documento apresenta os procedimentos a tomar em consideração durante o aconselhamento, nomeadamente ouvir, apoiar e orientar. Chama atenção para a existência de obstáculos que podem surgir durante o aconselhamento e por fim enfatiza que o aconselhamento visa uma situação específica associada à atitude de alguém e não à pessoa,

num processo de troca de ideias e informação e não de imposição em matéria de HIV e SIDA;

1993 – A Rede Moçambicana de Organizações contra a SIDA (MONASO) ou na sua versão originária Mozambican Network of AIDS Service Organizations, iniciou as suas atividades e foi oficialmente constituída em 1995. Assumiu-se como uma instituição não governamental de coordenação de ações da sociedade civil de luta contra o HIV e SIDA. As primeiras ações realizadas pelas MONASO foram patrocinadas por organizações internacionais;

1995 – Com os recursos disponibilizados pela Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID), o MISAU contratou a organização Population Service International (PSI) para a implementação de um programa de comercialização subsidiada do preservativo, com recurso a técnicas comerciais;

1995 – É efetivamente iniciado um programa de comercialização subsidiada de preservativos em escala relativamente mais ampla. O programa desencadeado pela PSI introduziu a noção de “*marketing* social de preservativo”, definida como “a aplicação de técnicas de *marketing* comercial e do desenvolvimento direto do setor comercial privado” com vista à comercialização de preservativos como forma de promover o bem social;

1995 – O programa Nacional de Combate a SIDA e o Programa Nacional de Controle de DTS’s que até aqui funcionavam quase em paralelo, com estruturas administrativas próprias e autonomia financeira, apesar de partilharem diversos elementos e afinidades (como materiais educativos), se fundem para formar o atual programa nacional de controle de DTS’s/HIV-SIDA, tendo como seu maior financiador a comunidade europeia, como principais áreas de atuação: gestão, informação, educação e comunicação, vigilância epidemiológica, apoio laboratorial, cuidado de doentes, aconselhamento e *marketing* social do preservativo;

1996 – Surge a organização KINDLIMUKA, que realizava trabalhos de apoio a pessoas vivendo com o HIV e SIDA identificadas através do vínculo estreito que mantém com o sistema de saúde. A KINDLIMUKA é uma organização de PVHS e simpatizantes. É oficialmente registada em **1998**, as suas primeiras atividades foram

financiadas pela SOUTHERN AFRICA AIDS TRUST (SAT), Embaixada da Dinamarca, OXFAM Australiana, ONUSIDA e outras agências das Nações Unidas, além de vários outros doadores como a USAID, Cooperação Suíça e França que também aderiram a estas iniciativas de luta contra a SIDA;

1996 (abril) – A ONUSIDA começa a trabalhar em Moçambique, com o mandato de apoiar o país a consolidar a sua resposta contra o HIV e SIDA e coordenar o apoio disponibilizado pelo sistema das nações unidas;

1996 e 1997 – Início dos hospitais de dia (HDD) com abertura de duas unidades de atendimento nas cidades de Maputo e Chimoio respectivamente, sendo uma solução politicamente correta adoptada por Moçambique, para prestar assistência aos doentes de SIDA, com o apoio da cooperação francesa;

1998 – Primeiro Inquérito nacional sobre preservativo e prevenção da SIDA;

1999 – É estabelecido no país um Grupo de Trabalho, sendo um grupo de referência composto por pessoas provenientes de diferentes instituições, áreas de formação e trabalho, como o INE, o MPD, Centro de Estudos de População (CEP) da Universidade Eduardo Mondlane (UEM), CNCS, Ministério da Educação (MINED), Ministério da Agricultura (MINAG) e a Faculdade de Medicina da UEM, para além do próprio Ministério da Saúde, que tem assumido a liderança desta equipe, conhecida como grupo técnico multissetorial de apoio à luta contra a SIDA;

2000 – Nos finais do ano, o Primeiro-ministro, na qualidade de presidente do CNCS usou das suas prerrogativas de procurar estabelecer um conselho nacional de combate a SIDA que não estivesse excessivamente atrelado ao ministério da saúde, como rezava a nova cartilha de implementação de uma resposta multissetorial, nomeando a viúva do primeiro presidente da FRELIMO, Janet Mondlane, para o cargo de secretária executiva;

2000 (23 de maio) – É criado o Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA (CNCS) como uma instituição do Estado;

2000– Elaboração do primeiro Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA, o PEN I (PEN I-2000-2002) Plano Estratégico Nacional de Combate as DTS/HIV/SIDA, tendo como linhas mestras Integração, Qualidade e Abrangência;

2001 – Até inícios deste ano, Moçambique manteve uma posição oficialmente contrária à inclusão da TARV na campanha de luta contra a SIDA, com o argumento do elevado custo associado, limitações laboratoriais, de recursos humanos e até dúvidas sobre a capacidade dos infetados moçambicanos aderirem de forma integral a um programa de tratamento antirretroviral, descrito como “altamente complexo”;

2001 – Estabelecimento de um fundo global para o combate do HIV e SIDA, TB e malária, liderado pelas Nações Unidas, sendo mais uma iniciativa concebida para ampliar o volume global de recursos disponíveis para o combate dessas três doenças. No caso de Moçambique, as atividades propostas incluíam a expansão de Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ), com atividades de aconselhamento e gestão de DTS's entre adolescentes; promoção de preservativos; promoção da mudança de comportamento através da informação, educação e comunicação; cuidados com os órfãos; apoio a PVHS e cuidados domiciliários; expansão de programas de prevenção da transmissão vertical; expansão de programas de aconselhamento e testagem voluntária e provisão de tratamento antirretroviral;

2001 – O MISAU em termos de Aconselhamento e Testes Voluntários (ATV) elabora o Manual do conselheiro e do supervisor dos gabinetes de ATV. Trata-se de um manual direcionado aos conselheiros de ATV que versa sobre o processo de aconselhamento;

2001 – Os núcleos provinciais de combate a SIDA, estabelecidos pelo CNCS, eram diferentes dos propostos pelo MISAU nos finais da década 80. Os núcleos provinciais estabelecidos pelo CNCS incorporavam o “espírito da Multissetorialidade” em voga e foram estabelecidos fora das unidades de saúde e mais próximos de outras instalações dos governos provinciais, como estratégia de atingir o amplamente mencionado “comprometimento ao mais alto nível político”;

2001 (18 de dezembro) – Aprovação do diploma ministerial nº 183-A/2001, regulamentando o processo de introdução oficial dos antirretrovirais no país, devido à disposição de alguns doadores e ONGs

em investir na área, bem como a ênfase no discurso de que a TARV devia ser vista como parte complementar dos esforços de prevenção;

2001 (25-27 de junho) – O Governo de Moçambique assinou a Declaração de Compromisso de Relatório Global de Progresso da Resposta ao SIDA (GARPR), outrora denominado Declaração de Compromisso da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (UNGASS), comprometendo-se assim a relatar, com regularidade de dois anos, o grau de implementação do seu Programa Nacional de Luta Contra a SIDA. Desde então, o Governo de Moçambique tem vindo a relatar à comunidade nacional e internacional o progresso da resposta nacional ao HIV e SIDA, tendo o feito para os períodos de 2001-2003, 2004-2005, 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011, 2012 e 2013, sendo que agora o relatório é anual;

2001 (27 de abril) – Moçambique participa na Cimeira Especial realizada em Abuja, assinando a Declaração e o Quadro de Ação de Abuja para a Luta contra o VIH e SIDA, a TB e outras Doenças Infecciosas Conexas em África. Nesta cimeira os Chefes de Estado ou de Governo de África congratularam-se, em particular, com a sua promessa de estabelecerem o objetivo de atribuir pelo menos 15% dos seus orçamentos nacionais anuais à melhoria do setor da saúde para ajudar a combater a epidemia do VIH e SIDA e reconheceram que as medidas adotadas para atingir este objetivo, por aqueles países cujos recursos são limitados, terão de ser complementadas com uma maior ajuda internacional;

2001 (28 de maio a 1 de junho) – XXVI Concelho Nacional Coordenador de Saúde sobre o Tratamento de doentes com infeções pelo HIV e SIDA para elaboração da Política para a introdução dos antirretrovirais no país;

2001 (dezembro) – Elaboração da Política do Governo para introdução dos antirretrovirais em Moçambique;

2001 (dezembro) – O MISAU lança guião de Cuidados Domiciliários para pessoas vivendo com o HIV/SIDA - Guião de operacionalização ligação serviço nacional de Saúde/Comunidade. Trata-se de um guião que tem por objetivo promover assistência no domicílio as PVHS e seus familiares, nas áreas de saúde, nutrição, higiene e psicossocial;

2001 (julho) – Em termos de Saúde reprodutiva (PF, DTS e SIDA), o MISAU elabora o Manual para formadores de agentes comunitários de saúde. É um manual direcionado aos formadores de agentes comunitários de saúde, das informações básicas sobre a saúde reprodutiva;

2002 – Repetição do Inquérito Nacional sobre preservativo e prevenção da SIDA, com amostras de abrangência nacional;

2002 (5 de fevereiro) – Promulgação da lei nº 5/2002, que visa tomar medidas adequadas à prevenção da exclusão, estigmatização, discriminação e outras tendentes à proteção social e emocional PVHS através de ações de educação, informação, sensibilização e assistência sanitária. Estabelece os princípios gerais visando garantir que todos os trabalhadores e candidatos a emprego não sejam discriminados nos locais de trabalho ou quando se candidatam a emprego por serem suspeitos ou portadores do HIV e SIDA;

2003 – Como resultado das negociações com a fundação CLINTON, o MISAU considerou ser uma boa oportunidade para introduzir uma nova mudança nas políticas e estratégias, sublinhando a importância de se procurar criar um balanço entre as atividades de prevenção e cuidados, através da introdução da Highly Active Anti-Retroviral Therapy (HAART), o TARV, como parte do novo plano estratégico setorial do MISAU, com um horizonte de cinco anos. Em 2003, havia apenas 3.314 pessoas em TARV em Moçambique. Em dezembro de 2011, havia um total de 273.561 (250.508 adultos e 23.053 crianças);

2003 – Lançamento pelo MISAU e USAID do manual de facilitadores de treinos em Comunicação Interpessoal e Aconselhamento (CIPA). Este manual é um instrumento de apoio aos facilitadores, para o uso das metodologias de ensino-aprendizagem para levarem os participantes a cultivarem as habilidades de CIPA em seu trabalho e nas diversas situações, particularmente durante o aconselhamento;

2003 – O MISAU desenvolveu o seu plano estratégico nacional de combate as ITS's, HIV e SIDA do setor da saúde, 2004-2008, aprovado em Março de 2004;

2003 (4 de julho) – Moçambique assina a Declaração De Maseru sobre o combate ao HIV e SIDA, onde os Estados membros da SADC

reafirmam o compromisso de combater a pandemia do HIV e SIDA em todas as suas formas, com a maior urgência através de intervenções estratégicas multissetoriais, conforme contidas no novo Quadro Estratégico e Programa de Ação de HIV e SIDA da SADC para o período de 2003 a 2007;

2004 – Elaboração do segundo Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV/SIDA, o PEN II, para ser implementado entre 2005-2009;

2004 – Introdução do TARV aos pacientes com infecção avançada do HIV no Sistema Nacional de Saúde (SNS);

2005 – Lançado no país o Programa Conjunto sobre Gênero e HIV e SIDA, do qual fazem parte várias organizações e instituições governamentais e não governamentais nacionais e estrangeiras, que implementam ações com o objetivo de reverter o cenário de feminização do HIV e SIDA através da integração efetiva da perspectiva de Gênero na resposta nacional à epidemia;

2005 - Operacionalização do PEN II em todo o país cobrindo os setores público, privado e sociedade civil;

2006 – Elaboração da estratégia nacional de comunicação para o combate ao HIV e SIDA, com vista a responder às necessidades e preocupações locais, e guiar as ações de comunicação no país de forma sistemática e integrada. Pretende também ser um guia para as ações de comunicação das organizações nacionais, ONG's e redes comunitárias;

2006 – O Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN) desenvolveu um Manual de procedimentos, Insegurança Alimentar e Nutricional e HIV e SIDA, com o objetivo de fornecer orientações para intervenções nesta área. Este manual está sendo usado pela SETSAN para formação de ONGs e outros intervenientes;

2006 – Renovação do compromisso político na abordagem do HIV e nos determinantes da epidemia em Moçambique. Neste aspecto a iniciativa Presidencial de Combate ao HIV e SIDA, dirigida pelo Presidente da República Armando Emílio Guebuza durante a primeira metade de 2006, foi uma clara expressão do envolvimento político ao mais alto nível;

2006 (fevereiro) – O CNCS lança a Estratégia Nacional de Comunicação para o combate ao HIV/SIDA;

2006 (8 de março) – Moçambique assina na República do Congo o compromisso de Brazzaville no avanço em direção ao acesso universal ao tratamento, cuidados, apoio e prevenção do HIV e SIDA em África até 2010;

2008 – Conferência das OSC sobre HIV e SIDA organizada pelas mesmas em colaboração com o Governo. É um exemplo concreto do aumento da colaboração entre os diferentes atores;

2008 – Elaboração da Estratégia de aceleração da prevenção da infecção pelo HIV. Esta surge assim como a resposta nacional à necessidade de, com a maior urgência, se controlar a situação explosiva do SIDA no nosso país. A estratégia estabelece mecanismos para reduzir, de forma progressiva, mais sustentada, a incidência (ou seja, o número de novas infeções) do HIV. A finalidade da Estratégia é identificar as intervenções mais críticas que possam contribuir para a redução significativa da incidência do HIV no país;

2008 – Estabelecimento a alto nível do Grupo de Referência para Prevenção de HIV dirigido pelo MISAU, com a responsabilidade de coordenar e intensificar esforços de prevenção;

2008 – O MISAU aprovou e divulgou dois importantes documentos que reforçam a estratégia de aconselhamento e testagem no país: Guião do Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Provedor no Contexto Clínico; e o Guião Estratégico-Operacional para a Implementação das Unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde (UATS);

2009 – Com vista a expandir a estratégia da massificação dos serviços de aconselhamento e testagem foram aprovadas e divulgadas as Diretrizes para o Aconselhamento e Testagem em Saúde na Comunidade;

2009 – Elaboração do PEN III (2010-2014);

2009 – O MISAU lançou o Programa da Cesta Básica, visando as PVHIV e TB em TARV que tenham sido avaliadas dentro dos critérios clínicos previamente definidos. Em **2011** o Programa foi implementado com o apoio do PMA em todas as capitais provinciais tendo expandido para 22 distritos, abrangendo 3.138 beneficiários.

2009 – Realização do INSIDA, este é o primeiro inquérito representativo a nível nacional desenhado para: determinar a prevalência da infecção por HIV na população moçambicana; identificar conhecimentos, atitudes, comportamentos e fatores sociais de risco associados à infecção por HIV; avaliar o nível de conhecimento sobre as diversas intervenções de informação, educação e comunicação orientadas para a prevenção da infecção por HIV e conhecer as percepções comunitárias sobre a utilidade e impacto das mesmas intervenções;

2009 (12 de março) - Promulga-se a Lei nº. 12/2009, lei de Defesa dos direitos e combate à Discriminação e Estigmatização das PVHS;

2010 – É estabelecido o Programa de Reabilitação Nutricional (PRN) e foi aprovada a Estratégia de Combate à má nutrição Crônica, que irá reforçar também as intervenções de nutrição da componente de Cuidados Domiciliários em PVHS;

2010 – Implementação do Plano Nacional Multissetorial de Género e HIV e SIDA (2010-2015). O Plano é um documento orientador dos processos de tomada de decisões e planificação das intervenções que têm sido realizadas pelas diferentes instituições públicas, privadas e da sociedade civil para combater a feminização do HIV em Moçambique;

2011 – Moçambique assinou a Declaração Política em HIV e SIDA das Nações Unidas, juntando-se assim à comunidade internacional no compromisso de criar um mundo livre do HIV;

2011 – Última ronda de vigilância epidemiológica, sendo que a segunda geração de vigilância epidemiológica teve seu desenvolvimento no ano 2000. Seguindo, consequentemente, as Rondas de Vigilância Epidemiológica (RVE) dos anos de 2001, 2002, 2004, 2007 e 2009;

2012 – As Primeiras Damas da SADC, no evento promovido pela Primeira Dama de Moçambique, assinaram a Declaração de Maputo sobre a Eliminação da Transmissão Vertical pelo HIV.

Fonte: Elaborado pelo autor

APÊNDICE B – Termo de doação de entrevista oral

Pelo presente termo, eu _____, residente no bairro _____, quarteirão nº ____ casa nº __, no município de _____, cedo todos os direitos de uso e divulgação que me correspondem, do conteúdo da entrevista por mim concedida a Hélio Bento Maúngue, Cédula de Identidade nº 110300204061M, emitido pelo arquivo de identificação civil de Maputo, totalizando _____ minutos/hora de gravação. Declaro também que autorizo, a partir desta data, a consulta (com/sem) restrições ao conteúdo da gravação por qualquer pessoa interessada, assim como autorizo sua reprodução e uso do conteúdo para fins meramente acadêmicos.

Maputo, ____ de _____ de _____.

Entrevistador

Entrevistada/o

Fonte: Elaborado pelo autor

APÊNDICE C – Roteiro de história de vida/grupos focais

Informação inicial à pessoa entrevistada

Essa entrevista é sobre a história de sua vida. Estamos lhe pedindo para ser o contador da história sobre sua própria vida como uma pessoa com HIV, reconstruindo para nós a história de seu passado, presente e como vê seu futuro. Estamos coletando algumas histórias de pessoas com HIV e SIDA para aprender com seus êxitos e dificuldades e poder contribuir para entender o cotidiano com a doença. Queremos identificar os seus caminhos para responder as suas necessidades de saúde. A experiência vivida por você, com o vírus do HIV, além de ser especificamente sua, faz parte da realidade social e histórica. Através de sua história pretendemos reconstruir a realidade social em diversas manifestações na vida cotidiana, e o que ocorre nessa vivência com a doença, não só com você, bem como do grupo de que faz parte.

Ao contar sua história você não precisa nos dizer tudo o que lhe aconteceu. Pode focalizar situações e relações sociais importantes, pode concentrar-se no que acredita ser importante para sua vida estar como agora. Sua história vai nos mostrar como você é único, mas também tem semelhanças com outras pessoas.

Essa entrevista tem apenas objetivos de pesquisa. Por isso, garantimos sigilo e anonimato.

Identidade e perfil socioeconômico

1. Idade e do parceiro.
2. Estado civil.
3. Número de filhos e idade.
4. Com quantos anos ou quando teve a primeira gravidez?
5. Com quantos anos casou?
6. Nível acadêmico.
7. Quanto ganha ou consegue ter por mês (parceiro)?
8. Atividade (parceiro).
9. Teve filhos de outros homens, se casou com outro homem antes?
10. Como é a casa onde mora, quantos compartimentos, material, casa de banho fora ou dentro.
11. Casa própria ou de aluguel (se aluguel quanto paga).
12. Água canalizada ou pega em outra fonte.
13. Está ligada à rede elétrica?

14. Alimentação (o que comeu ontem, o que come regularmente, quantas refeições por dia).

Doença

15. Quando ficou, a saber, que tinha o vírus? Como ficou, a saber? Como se sentiu?

16. Quanto ficou, a saber, teve acompanhamento psicossocial?

17. Que impactos trouxe para sua vida (mudanças no projeto de vida: trabalho, relações sociais (família e amigos), na sexualidade)?

18. Contou a quem primeiro? (confidente) Quem o apoiou? Com quem você contou? Buscou apoio na família, em amigos, em igrejas, em grupos específicos?

19. Quando é que o vírus começou a manifestar?

20. Como era a vida antes de saber que tinha a doença?

21. Quando começou a fazer tratamento? Já interrompeu? Quanto tempo e por quê?

22. Recebe sempre todos os medicamentos? Já sentiu falta de medicamentos? Como resolveu a questão?

23. Tem doenças oportunistas (TB ou outras), tem sempre medicamentos?

24. Já ficou de baixa (internada) por causa da doença?

25. De quanto em quanto tempo vai ao médico? É atendida pelo mesmo médico? Se mudar de médico afeta em alguma coisa no tratamento?

26. Quando vai a US sente falta de pessoas para lhe atenderem?

27. Quais foram os piores momentos depois da infecção?

28. Com a doença que preocupações têm com os filhos?

29. Reação da família quando ficou doente.

30. Qual foi o momento em que mais preconceito/estigma sentiu (família, comunidade)?

31. Tem familiares infectados? Quantos?

32. Já procurou tratamento alternativo? (além dos medicamentos convencionais já usou outros medicamentos?). Sentiu alguma melhoria a usar medicamentos tradicionais? (questões de curandeiros e feitiçaria)

33. Na igreja, religião que professa como falam da doença?

34. Com a doença consegue cuidar da casa e dos filhos? O parceiro colabora no cuidado do lar e dos filhos?

35. Depois de ficar doente quem lhe ajuda e como ajuda (família, vizinhos, comunidade). Tem que deixar os filhos a cuidado de alguém? Quem?

- 36. Quais são os seus conhecimentos sobre a doença antes e agora?
- 37. Quais são os direitos que sabe que uma pessoa com a doença tem? Conhece alguma política para PVHS?
- 38. Que tipo de apoio recebe e de quem recebe (exemplo cesta básica).
- 39. A alimentação que tem ajuda com os medicamentos?
- 40. O que espera do futuro? (Quais seus planos)

Fonte: Elaborado pelo autor